

Université abderhman mira de bejaia  
Faculté scienceshumains et sociales  
Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master  
En psychologie clinique

Le thème :



---

La qualité de vie chez la personne  
souffrant d'insuffisance rénale

---

Etude clinique de 9 cas à l'hôpital  
France fanon de Bejaïa



Realisre par :

m<sup>elle</sup> ADOURI AMAL

m<sup>elle</sup> AIT ABDELOUAHAB FATMA

Encader par :

Mr.HADBI MOULOUD

Année universitaire 2016-2017

# Remerciement

Tous d'abord, j'aimerais remercier Dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir l'accomplissement de ce travail.

Nous remercions également notre encadreur messieurs hadbi pour son soutien, Sa disponibilité et ses conseils tout au long de la réalisation de ce projet, l'en remercier également pour son encouragement et bienveillance.

Nous remercions tous les membres de jurys qui nous feront l'honneur de juger ce modeste travail.

Nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants du département psychologie clinique ainsi que tout le personnel qui ont contribué à notre formation.

On tient également à exprimer un grand remerciement à tout l'ensemble du personnel du service néphrologie et hémodialyse, qui nous a été d'une aide très précieuse durant toute la durée de notre stage au sein de l'entreprise.

Au terme de cette étude, nous tenons à saluer tous ceux qui nous ont aidés de près ou de loin.

A tous un très grand merci.

# Dédicace

A ceux que j'aime surtout aux plus chères personnes du monde, mes  
parents qui ont toujours souhaitent ma réussite

Mes dédicaces s'adressent aussi à mes chères sœurs, nouria, thasadit,  
Dalila, Akila, kahina, fahima et aussi sonia, Souad,lydia, mima ainsi  
que mes chers frères Abdel Kader, said, kamal,mounir

A toute la famille

A tous mes amis surtout Lamia et Nadia, ma binôme Amal

Merci à vous tous

**Fatma**

# Dédicace

Je dédier ce modeste travail à

Toute ma famille, en particulier à mon très cher père et ma très chère mère en témoignage de ma reconnaissance envers le soutien, les sacrifices et tous les efforts qu'ils ont fait pour mon éducation ainsi que ma formation.

A mon chère fiancé Mohamed

A mes très chers frères, Abdenour, el Hadi, Ahmed, Nassim, Massinissa, Hani, et mes sœurs Hayat, Lynda et son mari Nassim surtout mes petits adorables Ayemen, Adil, Bilal, et Sid Ali qui font le bonheur de notre famille.

A ma binôme Fatma

A mes chères grand-mère et chère tante et oncle, sans oublier mes cousines surtout Sabrina, Anissa, Amina, Siham, Yasmin, Sara, Rhâb, et Narimen, Férial, à mon cousin Yassine

A tous mes amis et tous ceux qui ont une relation de proche ou de loin pour la réalisation de ce modeste travail.

**Amal**

## **Liste d'abréviations :**

**QV** : qualité de vie

**QVS** : qualité de vie liée à la santé

**IR**:insuffisance rénale

**IRA** : insuffisance rénale aiguë

**IRC** : insuffisance rénale chronique

**IRCT** : insuffisance rénale chronique terminale

**SF-36** : questionnaire de qualité de vie, Le Short Form 36

**L'EQ-5D** : The EuroQol

**NPH** : Nottingham Health Profil

**KDQOL** : Le Kidney Disease Quality of Life Instrument

**KDQ** : Le KidneyDisease Questionnaire

**CHEQ** : The « ChoiceHealth Expérience Questionnaire

**HRQOL** : The Health Related Questionnaire of Quality of Life Questionnaire

**KYQ** : Le « Kidney Transplant Questionnaire »

## Liste des tableaux

- Tableau 1 .....	75
- Tableau 2 .....	78
- Tableau 3 .....	81
- Tableau 4.....	84
- Tableau 5 .....	87
- Tableau 6 .....	98
- Tableau 7.....	92
- Tableau 8.....	94
- Tableau 9.....	97
- Tableau 10 .....	64
- Tableau 11.....	98

## SOMMAIRE

Introduction générale.....	1
Problématique.....	6

## LA PARTIE TEORIQUE

### CHAPITRE I : l'insuffisance rénale

Préambule:.....	13
I.1 Définition .....	13
I.2 Néphron : .....	13
I.3 Le rôle de rein .....	14
I.4 les fonctionne des reins .....	14
I.5.Les types d'insuffisance rénale : .....	14
I.5. A. Insuffisance rénale aigue.....	14
I.5.A.1- Classification et traitement : .....	15
I.5.A.2- Les causes des IRA : .....	16
I.5.A.3.les symptome des IRA .....	16
I.5.A.4. le traitement IRA.....	16
I.5.A.5. le traitement symptomatique .....	17
I.5.A.6. traitement étiologique .....	17
I.5.A.7. prévention d'IRA .....	18
I.5.B.Insuffisance rénale chronique .....	18
I.5.B.1 définition .....	18
I.5.B.2 les principes causes d'IRC .....	19
I.5.B.3.le risque de développe une insuffisance rénale chronique .....	19
I.5.B.4. diagnostic d'une maladie renale chronique .....	19
I.5.B.5.les stades du maladie chronique .....	20
I.5.B.6.diagnostique d'IRC.....	20
I.5.B.7. le traitement médicaux Insuffisance rénale chronique d'IR .....	21
I.5.B.8. Les techniques de suppléance de la fonction rénale .....	22
I.5.B.8.1.L'hémodialyse : .....	22
I.5.B.8.1.1.Principes .....	22
I.5.B.8.1.2.Réalisation pratique .....	23
I.5.B.8 .2. La dialyse péritonéale .....	24
I.5.B.8.2.1- Principes .....	24

I.5.B.8.2.2- Réalisation pratique .....	24
I.5.B.8.3. Greffe rénale.....	25
I.5.B.9 .Mise en route du traitement de suppléance .....	26
I.5.B.9.1- Information du patient .....	26
I.5.B.9.1.2- Précautions .....	26
I.5.B.9.1.3- La prévention de l'insuffisance rénale .....	26
I.5.B.9.1.4- Début du traitement de suppléance .....	27
I.5.B.9.1 .5. Complications de L'IRC .....	27
Conclusion .....	27

## **CHAPITRE II : LA QUALITE DE VIE**

Préambule .....	29
II.1. Définition de qualité de vie selon O.M .S : .....	29
II.2. Apparition et évaluation de qualité de vie .....	29
II.3 .La conceptualisation de notion de qualité de vie : .....	30
II.3.A.Les essais de définitions : .....	30
II.3.B.Les indicateurs de la qualité de vie .....	31
II.3.C. dimensions définissent le concept de qualité de vie .....	32
II.3.D. les notions clefs de la qualité de vie .....	32
II.4.Les composants de la psychologie de la qualité de vie. ....	33
II.5. :les domaines de la qualité de vie .....	34
II.6.Les différentes approches de qualité de vie : .....	35
II.6.1.L'approche psychologique.....	35
II.6.2.L'approche médicale : .....	36
II.6.3.L'approche politique et économique :.....	36
II.6.4.Approche sociale .....	36
II.7.les modèles théoriques de la qualité de la vie .....	37
II.8.La qualité de vie liée à lasanté.....	40
II.8.A.Qualité de vie en relation avec la santé .....	42
II.8.B.Les déterminants de la qualité de vie liée à la santé : .....	42
II.8.C.Intérêt porté à la qualité de vie liée à la santé .....	46
II.9.Les différents instruments de mesure de la qualité de vie .....	46
II.9.1.Typologie des instruments de qualité de vie.....	46
II.9.2.Les questionnaires génériques .....	47



II.9.3.Les questionnaires génériques utilisés en IR .....	47
II.9.4.Les questionnaires spécifiques .....	49
II.9.5.Les questionnaires spécifiques aux patients en IR.....	50
II.10.Qualité de vie et maladies chronique .....	54
Conclusion.....	55

## **LA PARTIE PRATIQUE**

### **CHAPITRE III : LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Préambule : .....	59
III.1 -démarche de la recherche.....	59
III.2 .la pré-enquête.....	59
III.3. la méthode clinique.....	60
III.4.la présentation du lieu de recherche.....	62
III.4.1- la population d'étude .....	62
III.4.2-la sélection de notre population d'étude.....	62
III.5.les techniques utilisées : .....	65
III.5.1. L'entretien clinique :.....	65
III.5.2. L'entretien directif .....	65
III 5.3. L'entretien semi-directif :.....	65
III .6. Le guide d'entretien .....	66
III.7. L'analyse des techniques utilisées : .....	68
III .8. L'analyse d'entretien clinique .....	69
<b>Conclusion</b> .....	70

### **CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSES DES RESULTATS ET DISCUSSIONS DES HYPOTHESES**

IV. 1. Présentation et analyses des cas .....	71
IV.2. discussion des hypothèses .....	96
Conclusion .....	96
Conclusion générale. ....	100

## **BIBLIOGRAPHIQUE**

## **LES ANNEXES**



# *Introduction générale*

### Introduction générale

De nos jours la santé, devient un problème public de chaque individu, avoir une maladie fait partie de la vie de chacun et de nous, la maladie touche n'importe quelle personne, à n'importe quel âge, elle touche aussi toutes les classes sociales, personne n'est à l'abri de se confronter à une maladie quelle que soit son degré, ça peut être passager, comme chronique. Pour les maladies chroniques on cite l'insuffisance rénale.

La néphrologie a connu plusieurs avancées thérapeutiques dans la prise en charge de l'insuffisance rénale, depuis l'avènement de l'hémodialyse. Cependant, la mortalité demeure élevée avec des altérations considérables dans la qualité de vie chez cette catégorie de patients. Améliorer le bien-être et optimiser au maximum les capacités physiques et psychiques des patients, constituent des objets primordiaux de l'hémodialyse. En conséquence, la mortalité doit être considérée actuellement comme un outil de mesure incomplet de la perception de l'état de santé.

La maladie rénale se vit au quotidien, touche tous les milieux sociaux et n'épargne aucun domaine de l'univers des patients. Son impact est d'une telle ampleur, qu'il atteint aussi bien le patient sur le plan physique et sur les plans psychique et émotionnel. La vie sociale, familiale, socioprofessionnelle va connaître un véritable bouleversement dès l'annonce de la maladie, avec une nouvelle perspective, celle d'une mort annoncée en absence de traitement efficace avec un handicap probable. C'est pourquoi la qualité de vie est devenue un élément important de la décision médicale au même titre que l'efficacité et l'innocuité des traitements.

La notion de qualité de vie évaluée depuis bien longtemps, n'est plus seulement une amélioration du niveau de vie. Ainsi, l'OMS a défini en 1994 la qualité de vie comme étant « la perception d'un individu de sa position dans la vie, le contexte culturel et le système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses buts, ses attentes, ses modèles et ses intérêts ».

Elle se fonde largement sur la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui ne définit plus la santé comme l'absence de maladie « mais comme un état complet de bien-être physique, psychologique et social ». C'est donc, ainsi défini, un concept extrêmement large et influencé de manière complexe, à la fois par la santé physique, par l'état psychologique, par le niveau d'indépendance, par les relations sociales et les relations avec l'environnement.

En conclusion , il faut insister sur la complexité des interactions qui sont à l'œuvre dans la construction du fonctionnement du sujet atteint d'une maladie chronique telle que l'insuffisance rénale , dépendant tout d'abord dans le sujet qui nous intéresse , des caractéristiques propres de la maladie rénale (IRA), (IRC), des conséquences du traitement de suppléance par la dialyse , mais aussi du fonctionnement habituel de la personne , de ses caractéristiques personnelles et de l'environnement dans lequel il vit.

La qualité de vie devient maintenant un enjeu majeur dans le domaine de la santé, sa prise en compte procédée du légitime souhait de la communauté médicale de connaître la manière dont le patient vit sa maladie. L'objectif de ce travail, est d'évaluer la qualité de vie chez les patients qui souffrent d'insuffisance rénale, et de mesurer l'impact de cette maladie sur cette qualité de vie, aussi de voir quelle sont les changements qui pouvant toucher les personnes atteintes de cette maladie.

Dans notre thème porté sur « la qualité de vie chez les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale », nous avons choisi comme terrain d'étude le service néphrologie et le service d'hémodialyse qui se trouve à l'hôpital « fronce-fanon » à Bejaia, on a vu 9 cas d'insuffisance rénale, et pour les techniques utilisées et les moyens, nous avons choisi d'utiliser l'entretien semi-directif, le questionnaire de SF-36 pour mesurer l'impact sur la qualité de vie.

Nous allons opter pour une approche intégrative qui sert de cadre référentiel à notre étude celle-là qui unit l'approche psychanalytique afin de comprendre le vécu psychologique des insuffisants rénaux, et l'approche cognitive-comportementale, afin d'expliquer les différentes pensées.

Pour atteindre notre objectif, nous avons élaboré un plan de travail qu'on a divisé en trois parties :

La partie théorique qui est subdivisée en deux chapitres intitulés :

**Chapitre I** : l'insuffisance rénale.

**Chapitre II** : la qualité de vie.

La partie méthodologique est consacrée aux chapitres suivants :

**Chapitre III** : la méthodologie de recherche

**Chapitre IV** : la présentation et analyse des résultats et discussions des hypothèses

Enfin, on a terminé notre recherche par une conclusion générale, dans laquelle on a posé d'autres questions de perspectives concernant cette catégorie dans le but d'ouvrir le champ à d'autres recherches.

# *Problématique*

### 1. Problématique :

Avoir une maladie fait partie de la vie de tous les êtres humains quel que soit son âge et son sexe, personne n'est à l'abri de se confronter à une maladie qui peut être passagère comme elle peut être grave ou chronique parfois nécessite une thérapie particulière après cette dernière le sujet commence une nouvelle circonstance de vie.

La bonne santé c'est ce que désirent tous les êtres humains, puisqu'elle donne un certain confort psychologique. Mais de nos jours la bonne santé n'est pas à la disposition de tout le monde.

Nombreuses sont les personnes atteintes des maladies parmi lesquelles on trouve l'insuffisance rénale qui est une maladie qui peut toucher le corps humain sans symptômes pendant des années la maladie rénale est souvent silencieuse il est difficile de connaître avec exactitude la date de son apparition et parmi les dysfonctionnements rénaux on cite : L'insuffisance rénale aiguë (IRA), l'insuffisance chronique (IRC).

L'insuffisance rénale aiguë (IRA) est un syndrome, défini par une diminution rapide du débit de filtration glomérulaire. Généralement, l'IRA survient chez des sujets dont les reins étaient antérieurement sains. Qu'elle s'accompagne d'une oligoanurie ou d'une diurèse conservée, elle est le plus souvent réversible.

Cette réversibilité est rapide (quelques jours) dans les IRA fonctionnelles si l'on corrige leur cause, principalement des désordres circulatoires aigus ou une déplétion sodée, ou dans les IRA obstructives si on lève l'obstacle qui gêne l'écoulement des urines.

Les IRA organiques, par lésions parenchymateuses des reins, qui représentent les trois quarts des IRA, ont une évolution bien différente. Dans les nécroses tubulaires aiguës, dont les causes sont souvent les mêmes que celles d'une IRA fonctionnelle, la guérison est plus lente (quelques semaines ou mois) et nécessite une ou plusieurs hémodialyses, parce que le traitement n'a pas été immédiat ou parce que l'évolution est d'emblée sévère.

Le pronostic est encore plus réservé si l'interstitium, les glomérules ou les vaisseaux des reins sont atteints. Lorsque l'IRA est due à une néphropathie glomérulaire, interstitielle ou vasculaire, le diagnostic peut n'être affirmé que sur les résultats d'une biopsie rénale. Quand le doute persiste entre une IRA fonctionnelle et une IRA organique, un certain nombre d'indices urinaires et sanguins ont été proposés (le plus fiable est l'excrétion fractionnelle du sodium), mais leur utilisation est impossible si le patient a déjà reçu des diurétiques ou été soumis à un remplissage vasculaire. Dans les IRA organiques avec oligurie.

Le traitement d'urgence consiste à restreindre les apports d'eau et de sodium, à corriger une hyperkaliémie et une acidose métabolique, et à décider rapidement si des séances d'hémodialyse sont nécessaires.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) la majorité des maladies (IRC) entraînent la destruction des néphrons avec constitution d'une insuffisance rénale chronique (IRC). Celle –



ci se définit comme l'altération progressive et irréversible des fonctions excrétrices et endocrines du rein, dont le rôle est majeur dans le maintien de l'homéostasie. Tout au long de l'évolution de l'IRC le reliquat de fonction rénale s'adapte pour maintenir un bilan équilibré. Il s'installe néanmoins un syndrome urémique, ensemble des symptômes et des signes cliniques provoqués par les anomalies métaboliques de l'IRC.

La vitesse de progression de l'IRC est fonction de l'évolution de la maladie rénale, de la présence de facteurs précipitant la progression de l'IRC (le rôle respectif de chacun d'entre eux est encore incomplètement connu), et de la qualité du traitement proposé. Le traitement médicamenteux de l'insuffisance rénale chronique consiste souvent à prendre de nombreuses pilules (un total quotidien supérieur à dix n'est pas rare), à suivre un régime alimentaire avec de nombreuses restrictions (sel, potassium, phosphores, protéines) ainsi qu'une restriction hydrique.

Lorsqu'un traitement de substitution par dialyse est nécessaire, les contraintes supplémentaires sont importantes et différent dans leur nature entre l'hémodialyse et la dialyse péritonéale. L'hémodialyse impose une contrainte temporelle qui se décompose généralement en trois périodes de quatre heures par semaine durant lesquelles le patient est attaché à un générateur d'hémodialyse, la plupart du temps dans un centre avec ses exigences structurelles (horaires fixes) occasionnant une dépendance souvent difficile à assumer. La restriction hydrique peut devenir encore plus importante si le patient n'a plus de diurèse afin d'éviter une trop grande prise de poids entre l'hémodialyse. La dialyse péritonéale permet une certaine indépendance mais nécessite une bonne organisation quotidienne pour gérer les quatre ou cinq échanges qui prennent au minimum 30-40 minutes chacun.

La maladie rénale se vit au quotidien, touche tous les milieux sociaux et n'épargne aucun domaine de l'univers des patients. Son impact est d'une telle ampleur, qu'il atteint aussi bien le patient sur le plan physique que sur les plans psychique et émotionnel. C'est pourquoi la qualité de vie est devenue un élément important de la décision médicale au même titre que l'efficacité et l'innocuité des traitements.

La médecine aujourd'hui s'intéresse à différentes conséquences psychologiques vécues par le patient parce que cette maladie a un impact sur leur vie et aussi présente des modifications de la qualité de vie chez eux. La qualité de vie est un concept large qui dépasse celui des conditions de vie et renvoie à l'épanouissement humain, au bonheur, à la santé, à l'environnement, à la satisfaction de vie et au bien-être général.

Le terme qualité de vie est fréquemment utilisé dans les articles scientifiques pour caractériser la difficulté physique, fonctionnelle, psychologique et sociale rencontrées par des personnes atteintes de maladies, ces difficultés sont dans la majorité des cas les résultats de la maladie et de traitement associés.

La qualité de vie est souvent restreinte aux principaux aspects liés à la santé : on parle alors de "*qualité de vie liée à la santé*". Elle prend en compte les domaines physique (autonomie et activités physiques), psychologique (anxiété, émotion), relationnel

(Familial, social, professionnel), symptomatique (répercussion de la maladie et de son traitement) et des aspects plus particuliers tels que la sexualité ou l'image de soi. Ces différents domaines, correspondant à des éléments objectifs et subjectifs, ont une importance variable d'un sujet à l'autre et au cours du temps. La qualité de vie ne peut être appréciée que par le patient lui-même et non par le médecin ou le soignant. La qualité de vie elle est mesurée par de nombreux indicateurs socio-économiques, Elle dépend dans une large partie de la capacité à acheter des biens et services mais aussi de bonheur, de santé.

Afin d'assister directement le phénomène étudié nous avons mené une pré-enquête qui s'est effectuée au sein de l'hôpital « France fanon » dans le service néphrologie qui nous a permis d'élaborer certaines questions de départ :

- Est-ce que les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale ont une qualité de vie satisfaisante ?

### **Hypothèses :**

L'insuffisance rénale est une maladie chronique qui demande des traitements astreignants, et entraîne des gros changements physique et psychique dans la vie des personnes qui en souffrent ainsi que dans celle de leurs proches, des conflits avec leur famille. Ces changements sont particulièrement importants quand l'insuffisance rénale est sévère et elle nécessite un traitement de substitution. Celle-ci entraîne encore des changements sociaux pour les personnes qui en souffrent.

### **L'opérationnalisation des concepts**

#### **Définition de l'insuffisance rénale**

Est une altération du fonctionnement des deux reins qui ne filtrent plus correctement le sang, elle est dite aigue si le dysfonctionnement est transitoire chronique lorsque la destruction est irréversible, sans possibilité de guérison

#### **L'opérationnalisation du concept**

Une modification de la taille des reins.

Le rein peut prendre volume en peu de temps.

Le rein ne fonctionnent plus conséquences.

Une chute brutale de filtration.

Déséquilibre

### Définition de qualité de vie

La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le Contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation Avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un Large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de La personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement (OMS, 1994).

### L'opérationnalisation du concept

La qualité de vie à deux pôles, l'une est (+), qui signifie une bonne qualité de vie, et l'autre (-), qui signifie une mauvaise qualité de vie. On ne les trouve jamais dans l'absolu.

#### Qualité de vie (+)

- Bien-être physique et psychique.
- Bonne relations familial, social, amical.
- Sensation du bonheur et la pie.
- Performance au travail.

#### Qualité de vie (-)

- Souffrance physique et psychique.
- Sensation de malaise.
- Pas d'activité ni de loisir.
- Pert de gout à la vie.
- Peu de relations avec les autres.

*La partie théorique*

# *Chapitre I*

# *L'insuffisance rénale*

## **Préambule:**

L'être humain a deux rein de couleur rouge foncé et avec la forme d'un haricot. Un rein de l'adulte mesure 12 cm chacun et pèse 150 g chacun. L'insuffisance rénale est une altération du fonctionnement des deux reins qui ne filtrent plus correctement le sang. Elle est dite aigüe si le dysfonctionnement est transitoire, chronique lorsque la destruction est irréversible, sans possibilité de guérison. En cas d'insuffisance rénale majeure, la fonction rénale peut être supplantée par dialyse ou greffe de rein.

### **I. Le rein :**

#### **I.1- Définition :**

Selon le dictionnaire médicale : le rein est un << organe pair qui sécrète l'urine , situé de chaque côté de la colonne vertébrale, dans la région lombaire, en arrière du péritoine, il a une forme ovale aplatie caractéristique, il est entouré par un tissu cellule-adipeux, et est constitué de deux zones distinctes : une partie centrale (médullaire) qui comprend les pyramides rénales, et une partie périphérique (le cortex) qui comprend des tubules disposés irrégulièrement (tubules rénaux) entourés d'un grand nombre de capsules rénales formées de .capillaires issus de l'artère rénale >>. (**Dictionnaire/médicale, 2009, P. 108**).

#### **I.2 - Néphron :**

Le néphron est l'unité fonctionnelle du rein ; chaque rein en contient environ 400 à 800 milles, chaque néphron comprend un glomérule et tubule qui le suit. Le tubule est composé de différents segments spécialisés siège de phénomène de sécrétion et de réabsorption entre le fluide tubulaire et les capillaires péri-tubulaires aboutissant à la formation de l'urine définitive. Le contrôle de ces échanges est assuré par des hormones et des médiateurs d'origine systémique ou locale. Par ses fonctions endocrines, le rein joue un rôle essentiel dans l'homéostasie du milieu intérieur. (**M. ZIANI, 2014, P. 08**).

## **II. Le rôle de rein :**

Le rein a une fonction très essentielle dans l'organisme, il joue le rôle d'une station d'épuration, il contribue à la régulation de la volémie, aux équilibres hydro-électrolytiques et assure également un rôle endocrinien incontournable. C'est un organe pair en forme d'un haricot situé dans la partie postérieure de l'abdomen de part et la troisième vertèbre lombaire. Il arrive que le rein gauche soit situé jusqu'à 2,5 cm plus haut que le rein droit. Le rein mesure entre 10 et 12,5 cm de longueur et 5 cm d'épaisseur pour un poids de 100 à 150 g chez l'adulte. Ils sont de couleur rouge brune foncée en raison de leur abondante vascularisation. Chaque rein est constitué d'un bord médian concave sur lequel s'implante le pédicule rénal comprenant l'artère rénale, la veine rénale, l'uretère et les fibres nerveuses et cela au niveau d'une ouverture appelée le hile rénal. Le rein comporte une cavité appelée le sinus rénal qui renferme ses unités fonctionnelles appelées les néphrons. (**M.ZIANI, 2014, P. 08**).

## **III. les fonctionne des reins :**

Les reins ont comme fonction essentielle de retirer du sang l'excès de liquide et les déchets du métabolisme, les reins reçoivent le sang par les artères rénales qui transportent le sang oxygéné provenant du cœur. En pénétrant dans les reins, le sang circule dans des vaisseaux de plus en plus petits qui aboutissent chacun à un néphron, une sorte de reins miniature. D'autres fonctionne sont élimination de toxines, régulation du bilan hydro électrolytique et de l'équilibre acide-base, la production des hormones responsable de la régulation de la tension de la production des globules rouges (**M. BRUNO, et M. NOELLE. P. ALDI, 2016, P. 208**).

## **IV. Les types d'insuffisance rénale :**

### **IV.A. Insuffisance rénale aigue :**

L'insuffisance rénale aigue est caractérisée par une chute brutale de la filtration glomérulaire (FG). Hydro électrolytiques et de l'équilibre acidobasique. La première manifestation clinique est une chute de la diurèse. D'autres manifestations cliniques sont la conséquence d'accumulation de toxines du métabolisme azoté ou d'une défaillance de la fonction endocrine du rein. LIRA est la défaillance rapide (quelques heures a quelques jours) des fonctions rénales. Elle traduit la perte d'homéostasie hydro électrolytique et acidobasique et/ou l'accumulation de déchets organiques. (**M. BENABADJI, 2005, P. 177**).



L'insuffisance rénale aiguë : (IRA) se définit traditionnellement par la diminution rapide du débit de filtration glomérulaire (DFG), qui se traduit par une élévation « rapide » (heures, jours, semaines) de la créatininémie (**D.JOLY, 2008, P.245**).

#### **A.1- Classification et traitement :**

##### **✓ LIRA obstructive, ou post-rénale :**

Elle est due à un obstacle sur la voie excrétrice ou à une obstruction intra tubulaire rénale .La Pu augment et annule la pression de filtration quand elle est égale à la pression du capillaire glomérulaire. En cas d'obstacle sur la voie excrétrice, LIRA n'apparait que si l'obstacle est bilatéral ou sur un rein unique. L'obstacle peut être incomplet, et n'est donc pas toujours associé à une anurie. Une polyurie hypotonique peut même être observée, par diabète insipide épirogénique. En effet, hyperpression dans les voies urinaires ; Bloque la filtration glomérulaire, et Entraîne une redistribution du flux sanguin rénal. (**F. BENJARVIS, 2016, P. 182**).

##### **✓ LIRA fonctionnelle, ou pré-rénale :**

Elle est liée à une diminution du flux sanguin rénal et de la pression de perfusion. Le parenchyme rénal est intact, la baisse de la filtration glomérulaire est une conséquence de lhypoperfusion rénale, l'hypo perfusion rénale stimule c'est La synthèse et la sécrétion de rénine par l'appareil juxtaglomérulaire, est donc la formation d'angiotensine II et la sécrétion d'aldostérone, et de système sympathique périphérique, et la sécrétion d'ADH. Ses conséquences rénales sont dans les glomérules ; vasoconstriction post-glomérulaire de l'artériole efférente visant à maintenir la pression de filtration malgré la chute du débet sanguin rénal. Au-delà d'une certaine limite cependant, l'adaptation n'est plus possible et la pression de filtration chute. L'insuffisance rénale fonctionnelle apparait alors dans les tubules ; Réabsorption tubulaire proximale, liée à la baisse de pression hydrostatique dans les capillaires, et Réabsorption distale accrue de sodium sous l'effet de l'aldostérone, ainsi Réabsorption d'eau sous l'effet de l'ADH(**F. BENJARVIS, 2016, P. 182**).

##### **✓ Les IRA organique :**

Elles sont dues à des lésions anatomiques des différentes structures du rein : les plus fréquentes sont les nécroses tubulaires aiguës (NTA), mais l'IRA peut aussi compliquer les néphropathies interstitielles, glomérulaires ou vasculaires aiguës. Au cours des NTA, deux

mécanismes sont le plus souvent en cause et souvent associés : l'un ischémique, et l'autre toxique, (F. BENJARVIS, 2016, P. 183).

La nécrose tubulaire aigue est responsable de 80% des insuffisances rénales d'atteinte tubulaire aigue dominant : ischémie, toxicité cellulaire directe, et obstruction. Lanécrose tubulaire provoque une chute du débit de filtration glomérulaire. La régénération de l'épithélium tubulaire permet le plus souvent une guérison progressive (D. JOLY, 2008, P. 256).

### **IV.A.2- Les causes des IRA :**

Les causes des IRA sont différentes selon chaque types d'IRA, par exemple en trouvent l'IRA obstructive, ses causes sont la tumeur prostatique, adénome, cancer, Les néoplasies pelviens ou retropètoniele Les lithiases, et Les fibroses retropitoniele (D. JOLY, 2008, P. 249).

Et pour l'IRA fonctionnel, sontDéshydratation extracellulaire, hypovolémie réelle ou (efficace) IRA hémodynamiques (IEC, ARA2, AINS anticalcineurines(F. BENJARVIS, 2016, P. 191)

Et pour L'IRAorganique (parenchymateuses) ; il existe la Nécroses tubulaires aiguës, et Néphrites interstitielles aiguës, Néphropathies glomérulaires aiguës ou rapidement progressives, et Néphropathies vasculaires aiguës (F. BENJARVIS, P.187.2016).

### **IV.A. 3- Les symptômes d'une IRA :**

Parmesles symptômes évocateurs d'une IRA en trouvent, pâleur liée à l'anémie, œdèmes, oligoanurie, HTA, vomissements, léthargie. L'hyper volémie peut entrainer des convulsions, coma, troubles du comportement, décompensation cardiaque (M.BENBADJI, 2005, P. 223).

### **IV.A.4- Le traitement d'IRA :**

Le traitement de l'IRA, représente l'un des problèmes les plus complexes de la réanimation néphrologique et polyvalente. Toute IRA sévère ou prolongée justifie le transfert du patient en milieu spécialisé muni de moyens d'épuration extrarénale (dialyse péritonéale et/ou hémodialyse). Le traitement des IRA a deux objectifs Traitement de l'IRA. Rétablir si possible une fonction rénale efficace ; Maintenir, en dépit de la défaillance rénale, pendant

une période de durée variable mais transitoire, la constance du milieu intérieur (l'homéostasie). (M.BENBADJI, 2005, P. 203).

#### **IV.A.5- Le traitement symptomatique :**

Il a pour but de maintenir l'homéostasie des milieux liquidiens de de l'organisme, de maintenir un état nutritionnel satisfaisant en dépit d'un catabolisme souvent intense, et de traiter les éventuelles complications(M.BENABADJI, 2005, P. 204).

#### **IV.A.6- Traitement étiologique :**

Fondamental pour l'IRA obstructive et fonctionnelle. Relance de la diurèse en cas de NTA, IRA vasculaire peut bénéficier d'un geste en urgence en cas d'atteinte des gros vaisseaux (chirurgie ou radiologie interventionnelle). Glomérulonéphrite : corticoïdes, cyclophamide, échanges plasmatiques(M.BENABADJI, 2005, P. 205)

#### **✓ Le traitement de L'IRA fonctionnelle :**

Il faut comprendre et traiter le mécanisme, supprimer la cause si possible et rétablir une volémie efficace. Le contexte clinique souvent évocateur, signes de collapsus, déshydratation extracellulaire. Biologie, urines concentrées, oligurie, hypotension artérielle, PVC basse, et oligurie avec hypotension artérielle et PVC élevée (M.BENABADJI, 2005, P. 205)

#### **✓ Le traitement de L'IRA obstructive :**

Ce type d'IRA est dû à une obstruction de la voie excrétrice qui doit être bilatérale où survenant sur un rein unique. Il peut s'agir d'une lithiase, d'une malformation (valves de l'urètre postérieur, méga uretère bilatéral, hydronéphrose bilatérale, vessie neurologique, tumeur (wilms bilatéral, sacome vésical, lymphome pouvant donner par ailleurs une IRA par d'autres mécanismes, vasculaire ou envahissement rénale tumoral). dans ces cas un examen clinique rigoureux somatique et neurologique associé à une échographie des voies urinaires (rénale et vésicale) permet d'en faire facilement le diagnostic.

Le traitement en fonction de de la cause est le plus souvent chirurgicale, vésicostomie, urétérostomie, néphrotomie. Cependant la levée d'obstacle peut entrainer une polyurie importante (syndrome de levée d'obstacle) responsable si non compensée d'hypovolémie, d'hypokaliémie, d'hyponatrémie. Elle implique donc la compensation de la diurèse horaire

avec contrôles hydro électrolytiques sanguins réguliers. Parfois une ou plusieurs séances de dialyse est ou sont nécessaire avant le traitement étiologique (geste urologique) **(M.BENABADJI, 2005, P. 205-206).**

✓ **Le traitement de L'IRA organique :**

le traitement de l'IRA organique est essentiellement symptomatique et conservateur. Ce traitement est à instituer d'emblée et a pour buts de prévenir et corriger la survenue d'une surcharge du volume extracellulaire, prévenir et corriger les déséquilibres hydro électrolytiques. Eviter la pathologie iatrogène, adapter la posologie des médicaments en fonction de filtration glomérulaire **(M.BENABADJI, 2005, P. 206).**

**IV.A.7- Prévention de l'IRA :**

Suivi des patients porteurs d'un adénome ou d'un cancer prostatiques. Et des patients porteurs de rein unique, et suivi des malades lithiasiques, Dépistage des cancers gynécologiques, Et des sténoses artérielles rénales. Évaluation du risque d'embolies de cholestérol avant cathétérisme, et Prévention des accidents médicamenteux : produits iodés, anti-inflammation non-stéroïdiens (AINS), IEC, aminosides, cis platine, Chez les patients soumis à une chimiothérapie :

Prévention de la dialyse cellulaire, et Chez le sujet âgé, Prévention et surveillance des chutes (prévention de la rhabdomyolyse), Arrêt des diurétiques en cas de pathologie aigue intercurrent. Traitement adéquat du choc : maintien de bonnes conditions hémodynamiques, Prévention de l'HTA maligne, et Surveillance de la TA et de la protéinurie au cours de la grossesse **(M.BENABADJI, 2005, P. 210).**

**B. Insuffisance rénale chronique (IRC) :**

**IV.B.1- Définition (IRC) :**

L'altération progressive et irréversible des fonctions excrétrices et endocrines du rein, dont le rôle est majeur dans le maintien de l'homéostasie **(F. Mignon, C. MICHEL & B. VIRON, 1993, P. 141).**

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par la diminution progressive et irréversible de la filtration glomérulaire (DFG). Elle résulte en réglé de l'évolution d'une maladie rénale chronique (MRC) **(M. BRUNO, et M. NOELLE P. ALDI, 2016, P200).**

Conformément à un consensus international, les MRC sont définies par l'existence : D'une anomalie rénale fonctionnelle ou structurelle évoluant depuis plus de 3 mois (il peut s'agir d'une anomalie morphologique à condition qu'elle soit <<cliniquement significative>> d'une anomalie histologique ou encore d'une anomalie dans la composition du sang ou de l'urine secondaire à une atteinte rénale. Et /ou d'un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60 ml/min /1,73m<sup>2</sup> depuis plus de 3 mois. Elles peuvent aboutir à l'insuffisance rénale terminale (IRT) qui nécessite le recours à l'épuration extra-rénale (hémodialyse ou dialyse péritonéale) et/ou à la transplantation rénale (**M. BRUNO, ET M. NOLLLE P. ALDI, 2016, P. 200**).

### **IV. B.2- Les principes cause d'IRC sont :**

D'abord en trouve la Néphropathies vasculaires (environ 20 à 25%), (ensuite la Néphropathies diabétiques (environ 20 à 25 %), essentiellement diabète types 2. Après la Glomérulonéphrites chroniques (environ 10 à 15%), la Néphropathies héréditaires (environ 5à 10%) essentiellement polykystose rénale autosomique dominante, et la Néphropathies interstitielles chroniques (moins de 5%), et enfin Néphropathies d'origine indéterminée (plus de 10%) (**M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 201**).

### **IV .B. 3- Le risque de développer une insuffisance rénale chronique :**

Est élevé chez certains individus : Hypertendus, Diabétiques, et Agés. Ayant des infections urinaires récidivantes, des lithiases urinaires récidivantes ou un obstacle sur les vois excrétrices, et une diminution (congénitale ou acquise) de leur capital néphrotique, Exposés à des substances néphrotiques (médicaments ou toxiques), et des antécédents familiaux de maladie rénale, et une maladie auto-immune, et des infections systémiques(**M.BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 201**).

### **IV .B.4- Diagnostic d'une maladie rénale chronique :**

La démarche diagnostique comprend six étapes ; Affirme la maladie rénale chronique. Et Préciser son stade et son rythme évolutif. Et Faire le diagnostic étiologique. Identifier les facteurs de progression, et Recherche le retentissement, si le DFG est inférieur à 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.n, et Recherche les facteurs de risque cardio-vasculaires(**M. BRUNO, ET M. NOELLE PER ALDI, 2016, p201**).

#### **IV .B.5- Les stades de maladie rénale chronique (IRC):**

Il existe scinqués stades. D'abord le premier stade, qui s'appelle maladie rénale chronique avec fonction rénale normale, dans ce stade en trouvent le diagnostic étiologie et traitement, évaluer et traiter les facteurs de risques de progression, et l'éviction des substances néphrotiques. Après le deuxième stade, insuffisance rénale légère. Estimer et ralentir la progression et la prise en charge des comorbidités. Ensuit le troisième stade, qui est insuffisance rénale modérée. En a le diagnostic et prévention et traitement des complications, et préservation du capital veineux, et vaccination contre l'hépatite B. pour le quatrième stade, insuffisance rénale sévère. La préparation au traitement de suppléance. Enfin Le dernier stade, insuffisance rénale terminale. Mise en route du traitement de suppléance, quand nécessaire (M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 203).

#### **IV .B.6- Diagnostique d'IRC :**

L'insuffisance rénale diagnostiquée par calcul du DFG, et Recherche de signes de néphropathie associe (protéinurie, hématurie...), d'anomalies sur les voies excrétrices (échographie). Caractère chronique ; Insuffisance rénale depuis > 3 mois, et Taille des reins diminuée, et Critères biologiques : anémie normo chrome, normocytaire, a régénérative, hypocalcémie(M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 20016, P. 2018).

##### **✓ Diagnostique étiologique :**

Rechercher un obstacle, et un syndrome glomérulaire : maladie générale (diabétique, amylose, lupus) + protéinurie > 1 g/j majoritaire en albumine (biopsie rénale si possible). Rechercher un syndrome interstitiel : antécédents urologiques et/ou infectieux, protéinurie < 1 g/24 h, leucocytaire, acidose, absence d'HTA, et une néphropathie vasculaire : contexte athéromateux, HTA, syndrome urinaire pauvre (écho-doppler des artères rénales), et Rechercher une néphropathie héréditaire (polykystose, Apport) (M. BRUNO, ET M.NOELLE PER ALDI, 2016, p218).

#### **IV .B.7- Le traitement médicaux du l'insuffisance rénale chronique (IRC) :**

Le traitement lui aussi dépendra du mécanisme en cause. En cas d'insuffisance rénale chronique, en dehors du traitement de la pathologie en cause, la prise en charge repose sur le traitement de toutes ces conséquences et la prévention de l'apparition des autres, la tension artérielle notamment doit être étroitement contrôlée. A un stade avancé, l'insuffisance rénale est dite terminale, et un traitement de suppléance de la fonction rénale est nécessaire, en attendant une transplantation rénale, la dialyse et l'hémodialyse. (M. BRUNO, ETM. NOELLE, P. ALDI, 2016, P288).

##### **✓ La prise en charge :**

Letraitementétiologique, Antibiotique si infection, dilatation d'une SAR, traitement d'une uropathie, contrôle d'une HTA, équilibre d'un diabète, et Arrêt des médicaments néphrotoxiques, et Contrôle de l'HTA, Toujours utile. IEC ou satanas en premier intention, et Objectifs : < 130/80 pour une IRC, < 125/75 si protéinurie > 1 g ou diabète. Et une bi- voie une trithérapie sont parfois nécessaires, Diététique. Apports protéiques < 0 ,8 g/kg/j (que si ci > 25 ml/mn, sinon le risque de dénutrition est trop important), exemple Sel : régime peu salé si rétention ou HTA, apport de sel (10-12g) si NTIC avec perte de sel, et K<sup>+</sup> : pas trop d'aliment avec du potassium, kayexalate si besoin, et HCO<sub>3</sub> : 500 cc d'eau de vichy ou 3-4 g de bicarbonates si (HCO<sub>3</sub>) < 20. Jamais de régime apportant moins de 35 kcal/kg.

Traitement des facteurs de risques cardio-vasculaires, et Arrêt tabac, perte de poids si obésité, et Dyslipidémie, traitement par statine (les fibrates sont CI) et Equilibre du diabète, et Lutte contre les facteurs d'aggravation de la fonction rénale, Préparer le traitement de suppléance, et Epargne du capital veineux. Et Inscription sur une liste d'attente. Et Pris en charge des complications, telle que Anémie, éliminer les autres causes d'anémie, supplémentation martiale systémique et en cas d'échec, mise sous EPO humaine. Transfusions en cas d'anémie aigue, en cas de chirurgie. Et Thrombopathie, corriger l'animé, et Vaccination contre l'hépatite. Calcium/phosphore, sel de calcium (pendant les repas pour diminuer une hyperphosphatémie), en dehors des repas pour augmenter la calcémie.

Le calcitiol est indiqué si hypocalcémie ou HTA mais est contre-indiqué en cas d'hypercalcémie, d'hyperphosphatémie et d'os adynamique.et Mise à 100% ALD30, et Prise en chargepsychologique, et Surveillance (M. BRUNO, ETM. NOELLE, P.ALDI, 2016, P. 200).

✓ **Le traitement de suppléance**

Traitement de suppléance est indiqué dans les IRC, CI < 15 ml/mn chez le diabétique, et CI < 10 ml/mn chez le non-diabétique. En urgence si, Encéphalopathie urémique, et HTA réfractaire, et Hyperkaliémie, Acidose. Et Neuropathie urémique, et péricardite urémique. Il doit être préparé dès que la clairance -10-15 ml/mn.

Pour l'hémodialyse, épargne veineuse, confection d'une fistule artério-veineuse. Et Pour la dialyse péritonéale, pose d'un cathéter péritonéal(M. BRUNO, ETM. NOELLE, P.ALDI, 2016, P. 213).

**V. Les techniques de suppléance de la fonction rénale :**

Trois types de traitement permettent d'assurer la suppléance de la fonction rénale, La transplantation rénale, Lorsqu'elle est possible, il s'agit de la meilleure méthode de suppléance de la fonction rénale par rapport à l'hémodialyse et à la dialyse péritonéale du fait, d'une meilleure qualité de vie, et d'une morbidité cardio-vasculaire moindre, et d'une espérance de vie supérieure, et d'un cout de traitement très inférieur après la premier année. Dans la plupart des cas où elle est possible, elle peut être envisagée au stade d'IRC sévère, avant qu'un traitement dialytique ne soit institué (M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 214).

**V.1. L'hémodialyse :**

C'est la technique de dialyse la plus utilisée, et Qui permet les durées de survie. Dans la technique les plus longues (jusqu'à 20 ans et plus). La plus couteuse. Elle peut être réalisée dans différentes structures, centre d'hémodialyse lourd avec présence médicale permanente, et unité de dialyse médicalisée avec présence médicale intermittente, et unité d'autolyses assistée ou non sans présence médicale, au domicile par des patients autonomes.(M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 241).

**V .1.2- Principes :**

Deux types d'échanges sont utilisés pour le traitement par l'hémodialyse, Des transferts diffusifs selon les gradients de concentration permettent la diffusion des molécules dissoutes, au travers d'une membrane semi-perméable mettant en contact le sang et un bain de dialyse de composition contrôlée , et Des transferts convectifs des molécules dissoutes dans le sang sont réalisés par ultrafiltration résultant de l'application d'une pression hydrostatique positive



au travers de la mémé membrane semi-perméable. Ceci permet d'obtenir une soustraction nette de liquide, nécessaire chez les patients auriques et l'limitation concomitante par convection des substances dissoutes (**M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 214**).

### **V .1.3- Réalisation pratique :**

L'hémodialyse doit être pratiquées à l'hôpital ou dans une clinique spécialisée on utilise une machine appelée « le générateur d'hémodialyse », et « le dialyseur » pour filtrer le sang, les séances d'hémodialyse sont réalisées en général 3 fois par semaine, et durent chacune 4 à 6 heures. L'hémodialyse nécessite, et une circulation extracorporelle, Et un système (dialyseur et générateur d'hémodialyse) permettant la réalisation des échanges selon les principes définis ci-dessus, une installation de traitement de l'eau. La circulation extracorporelle nécessite, un abord vasculaire, et fistule artério-veineuse de préférence, et anse prothétique artério-veineuse, et cathéter tunnel lise ou non (pose en urgence), et une anticoagulation efficace du circuit extracorporel par héparine non fractionnée ou de bas poids moléculaire, et un circuit extracorporel (à usage unique).

Les échanges sont réalisés dans un dialyseur (jetable) en fibres capillaires le plus souvent, dont le principe est d'offrir une surface d'échange importante pour un volume de sang faible. Le générateur d'hémodialyse, matériel lourd, permet, la réalisation et le contrôle de la circulation extracorporelle, et la fabrication du bain de dialyse à partir de l'eau osmose, et le contrôle du débit et du volume d'ultrafiltrat soustrait au patient. L'eau osmose est obtenue à partir de l'eau de ville, par une chaine de traitement complexe qui permet d'éliminer, bactéries et toxines, et métaux toxiques (aluminium, plomb, etc.), et calcium et autres ions, grâce aux 3 séances hebdomadaires , et de contrôler les volumes liquidiens en ramenant le patient à un poids idéal théorique –dit poids sec- correspondant à un état d'hydratation et une pression artérielle normaux , de soustraire les différentes molécules à élimination urinaire comme l'urée, la créatinine ou d'autres toxiques , et de corriger les différentes anomalies électrolytiques induites par l'IRC terminale (hyperkaliémie, acidose métabolique, hypocalcémie, dysnatrémies ). Le régime alimentaire des patients hémodialysés comprend, une restriction hydrique de 500 ml + la diurèse résiduelle, et une alimentation peu salée, et des apports protéiques de 1,2 g/kg/jour, et des apports caloriques de 35 kcal/kg/jour (**M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 214.215**).

## **V .2. La dialyse péritonéale**

Dans la dialyse péritonéale, on utilise le péritoine pour jouer le rôle de filtre. Le péritoine est la double membrane qui tapisse la paroi de l'abdomen (ventre) et les organes abdominaux (intestin, estomac). Ces deux membranes sont séparées par un espace infime dans lequel on installe un cathéter (un tube flexible, de très petite dimension) de façon permanente. Grâce à ce tube, on remplit le péritoine d'une solution appelée dialysat, laissée quelque heures dans cette cavité. Le sang qui circule dans les vaisseaux ratisant le péritoine est alors filtré ; les toxines et l'eau en excès passent du côté du dialysat. Une fois l'opération terminée, on retire, le dialysat pour le remplacer par un autre, vierge. La dialyse péritonéale continue ambulatoire est généralement répétée toutes les 6 heures. La dialyse péritonéale automatisée se fait 1 fois par jour, durant la nuit, grâce à un appareil programmé

C'est une technique de dialyse , moins utilisée que l'hémodialyse qui permet le traitement à domicile et qui est mieux tolérée au plan hémodialyse , qui a des performances d'épuration moindres que l'hémodialyse (difficultés techniques chez les patients de fort gabarit) et dont la durée d'utilisation chez un patient est limitée à quelques années (5 ans) du fait de l'altération progressive des propriétés du péritoine, et moins coûteuse que l'hémodialyse(M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 215).

### **V .2.1- Principes :**

La membrane péritonéale permet les échanges en dialyse péritonéale, et les transferts diffusifs selon les gradients de concentration transmembranaires permettent la diffusion des molécules dissoutes, et l'ultrafiltration est réalisée avec des solutions de dialyse péritonéale de forte osmolarité (glucose hypertonique) ou à pression colloïde élevée (polymère de glucose). Ceci permet d'obtenir une soustraction nette de liquide, nécessaire chez les patients aériques(M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 215).

### **V .2.2- Réalisation pratique :**

La dialyse péritonéale nécessite, un cathéter de dialyse péritonéale inséré chirurgicalement, l'extrémité étant dans le cul-de-sac de Douglas, l'autre étant tunnellisée dans un trajet sous cutané latéro-ombilical, un système de connexion qui permet d'assurer les échanges de façon aseptique, et des poches de dialysat stérile d'un volume d'environ 1,5 à 2,5 litres, les échanges peuvent être réalisés de deux façons ; par une technique manuelle

permettant 3 à 5 échanges par jour. Une stase de quelques heures (4 en moyenne) permet les échanges diffusifs. Le liquide est ensuite drainé par simple gravité.

Le plus souvent 8 à 10 litres d'échanges quotidiens sont nécessaires, et aussi par une technique automatisée, une machine assurant les échanges la nuit. Le choix entre les deux techniques dépend de la nécessité d'assurer un volume d'échange plus important (patients de fort gabarit), et de la nécessité de libérer le patient pendant la journée (ex. enfants scolarisée). Comme l'hémodialyse, la dialyse péritonéale chronique permet, grâce aux échanges réalisées quotidiennement, de contrôler les volumes liquidiens, et de soustraire les différentes molécules à élimination urinaire, et de corriger les différentes anomalies électrolytiques induites par l'IRC terminale.

Le régime alimentaire des patients traités par dialyse péritonéale comprend, une restriction hydrique souvent moins sévère qu'en hémodialyse, la diurèse résiduelle étant conservée plus longtemps, et une alimentation peu salée. Des apports protéiques importants comme en hémodialyse, soit 1,2 g de protéines / kg /jour, avec le problème supplémentaire d'une déperdition protéique liée à la technique, et des apports caloriques de 35 kcal/kg/jour(M.BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 216).

### V.3. Greffe rénale

Une greffe de rein est la transplantation d'un rein prélevé sur un donneur et réimplanté dans la fosse iliaque d'un receveur souffrant d'insuffisance rénale. Le donneur est dans la plupart des cas décédé. Toutefois, ce peut être aussi une personne vivante et volontaire, parente ou non du receveur. La greffe de rein est non vitale, mais permet d'éviter les dialyses et améliore considérablement la qualité de vie des malades.

La transplantation rénale a été effectuée pour la première fois en 1952 à partir d'un donneur non décédé. Elle est aujourd'hui couramment effectuée et donne de bons résultats. Grace à un réussite, le receveur arrive à mener une vie active, en bonne santé (M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 116).

## **VI. Mise en route du traitement de suppléance :**

### **IV.1- Information du patient ;**

Les différentes techniques de suppléance de l'IRC, doivent être expliquées au patient au stade d'IRC sévère ou plus tôt, en tenant compte des contraintes médicales, c'est-à-dire de celles qui sont effectivement réalisables chez lui (voir plus loin) , transplantation rénale , Hémodialyse , et dialyse péritonéale (**M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 217**).

### **IV .2- Précautions :**

Chez tous les patients, il faut préserver le réseau veineux d'un membre supérieur (pas de ponction veineuse ou de perfusion), de préférence le non dominant, dans la perspective d'un traitement éventuel par l'hémodialyse. Et La vaccination contre l'hépatite B , est nécessaire pour tous les patients IRC susceptibles d'être traités par hémodialyse pour protéger du risque d'hépatite B nosocomial en hémodialyse , est d'autant plus efficace que l'IRC est moins évoluée et doit donc être effectuée dès le stade d'IRC modérée(**M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 117**).

### **IV .3- La prévention de l'insuffisance rénale :**

Dans certains cas, la maladie est impossible à prévenir. Cependant, les deux causes principales sont diabète (type 1 et 2) ainsi que l'hypertension artérielle. Un bon contrôle de ces maladies diminue grandement le risque d'évolution vers l'insuffisance rénale. Cependant, de saines habitudes de vie peuvent aider à réduire les risques.

Suivez fidèlement les traitements recommandés par votre médecin si vous souffrez d'une maladie chronique comme le diabète, le lupus ou l'hypertension. Faites prendre ou prenez-vous –mémé votre tension artérielle de façon régulière.

Evitez les abus d'alcool, de drogues et de médicaments, y compris ceux vendus sans ordonnance, comme l'aspirine, l'acétaminophène ou l'ibuprofène. Faites-vous traiter sans tarder en cas d'infection urinaire ou de toute autre affliction des voies urinaires.

#### **IV.4- Début du traitement de suppléance :**

Comme indique le stade d'IRC sévère implique d'envisager le début du traitement de suppléance. La fistule artério-veineuse doit être créée plusieurs mois avant l'échéance de l'IRC terminale, alors que le cathéter de dialyse péritonéale est posé environ quinze jours avant le début du traitement. L'inscription sur la liste de transplantation rénale peut être réalisée au stade d'IRC terminale.

Le début de l'utilisation de l'hémodialyse ou de la dialyse péritonéale est ensuite une décision qui dépend de paramètres, Cliniques ; rétention hydro sodée, hypertension artérielle, et asthénie, nausées, dénutrition et perte de poids. Et Biologiques, rétention azotée (urée et créatinine) majeure, troubles électrolytiques et acido-basiques incontrôlés.

Il vaut mieux débiter un peu plus tôt un traitement de suppléance, qu'être contraint à instituer un traitement d'urgence devant une complication sévère de l'IRC (ex. œdème aigu du poumon). La gestion optimale du débit du traitement de suppléance permet de diminuer la morbidité et la mortalité précoces en dialyse. **(M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 217).**

#### **IV .6. Complications de L'IRC :**

Une hypertension artérielle , des troubles cardio-vasculaires, et Des troubles du métabolisme phosphocalcique, une dénutrition, et une acidose métabolique , une anémie , Une hyperkaliémie , et D'autres complications sont possibles, mais elles sont tardives et ne se voient que chez des patients pour qui le traitement de suppléance est débuté trop tard ou inefficace **(M. BRUNO, ET M. NOELLE P. ALDI, 2016, P. 208).**

#### **Conclusion :**

Nous avons étudié les deux types d'insuffisance rénale. Cette maladie qui touche le rein et qui a pour effet de réduire la capacité et n'assurer pas la filtration et l'élimination des produits de déchets du sang et qui auparavant ne pouvait pas être bien traité et qui pouvait même être mortelle. Mais grâce à l'évolution de la médecine la dialyse, l'hémodialyse et la greffe ont été découverts et peuvent désormais sauver des vies.

# *Chapitre II*

*La qualité de vie*

**Préambule :**

La notion de qualité de vie qui a évolué depuis bien longtemps, n'est plus Seulement une amélioration du niveau de vie, Elle devient maintenant un enjeu majeur dans le domaine de la santé, sa prise en compte procède du légitime souhait de la communauté médicale de connaître la manière dont le patient vit sa maladie. Elle est utilisée dans plusieurs disciplines scientifiques (Économie, philosophie, éthique...).

La QV liées à la Sante prend en compte non pas toutes les dimensions de la qualité de vie en général, mais plus particulièrement celles qui peuvent être modifiées par la Maladie ou son traitement

**II.1 .Définition de qualité de vie selon O.M .S :**

La notion de la qualité de vie a évolué depuis bien longtemps ce n'est plus seulement une amélioration des niveaux de vie ainsi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 1994 la qualité de vie comme était :

« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le Contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation Avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un Large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de La personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (OMS, 1994).

**II .2 Apparition et évaluation de qualité de vie :**

Le concept de qualité de vie (QV) a pris racine a partie de trois courants scientifiques, Sociologie, médecine et psychologie

L'amélioration du niveau de vie dans les sociétés industrielles occidentales au cours du 20<sup>ème</sup> siècle a entraîné une transformation du concept de sante, Si à la base de la sante était définie comme « l'absence de maladie ou d'infirmité » sa définition s'est élargie à un « état de complet bien-être physique, mental et social »(OMS1948)

Il fallut encore d'autre modification conceptuelle de la sante pour voir apparaitre celui de qualité de vie



Dans le domaine de la sante, le concept de qualité de vie est apparu dans les années 1960 aux Etats-Unis « il est né de la conjonction d'une modification du pronostic des maladies, de la considération de l'autonomie du patient et d'un besoin d'évaluation médical »

Avec le progrès de la médecine, la qualité de vie est devenue un élément tout aussi important que sa durée, pour l'évaluation de la prise en charge de problème de sante par les systèmes de soins, les critères objectif, et biomédicaux se sont montres insuffisant. Elle devait faire appel à des indicateurs de résultats plus fins que la morbidité et pratiquement, avec l'apparition de cette notion de qualité de vie il a été convenu de tenir compte également des bénéfices ressentir par les personnes qui ont reçu un traitement

Depuis ce temps des lors que qualité de vie à te considère comme une dimension essentielle de la sante et un paramètre indispensable pour évaluer les interventions et les prise en charge des patients le recherches sur ce sujet se sont multiplies à l'échelle international

Les travaux de recherches ont en l'intérêt d'élargie le regarde clinique pour évaluer les besoins des patients et les effets des traitements et d'influencer des politique et les programmes en matière de santé qui se focalisent davantage sur le bien-être au personne (C.HEUSSE, 2014 p : 5,)

### **II.3La conceptualisation de notion de qualité de vie :**

A l'heure actuelle la qualité de vie heurte toujours à certains problèmes conceptuels même s'il y a des notions clés, plusieurs définition cohabitent et des différent persistant au niveau des démontions de ce concept

#### **II.3.A.Les essais de définitions :**

La qualité de vie est concept familier qui peut paraitre simple à définir pourtant il est complexe et chaque individu en a sa propos définition. La définition de ce concept varie selon les personnes, les époques, et les cultures

Jusqu'à présent aucun consensus n'a été trouvé pour définie la qualité de vie, après avoir recense diverse publie entre les années 1990et 2004 Davis et al 2006 ont clairement montre qu'il existe les différentes au niveau de définition de qualité de vie et la qualité de vie liées à la sante (terme utilise lorsque la qualité de vie est restreint aux principaux aspects lies a la sante) (C.HEUSSE, 2014 p : 6, 7,)

Selon les auteurs de la qualité de vie en général est définie en terme de position de vie de fonctionnement, de sentiment à propos du fonctionnement, d'existence et de différence entre le soi actuel et le soi idéal, quant à la qualité de vie lies a la sante, elle davantage définie en terme de fonctionnement de sentiment à propos de fonctionnement de sante et de valeur accordée à la durée de vie. On peut trouver dans la littérature quelques définitions de la qualité de vie :(C.HEUSSE, 2014, p. 7)

« La satisfaction ressentie par un sujet dans les différents domaines de sa vie » **Patrick et Erick son 1987** « Sous l'angle individuel, c'est ce qu'on se souhaite nouvel an non pas la simple survie, mais ce qui fait la vie bonne santé, amour, succès, confort jouissance, bref le bonheur » (C.HEUSSE, 2014, p. 7)

« La perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte culturelle et du système de valeur dans lequel il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS 1993) ,« Un état d'équilibre : équilibre entre plaisirs et de contrainte, équilibre entre aspiration et possibilité du moment » **HEMOUN ET AL996** , « La vie est de qualité quand la vie fait sens »**CORTEN 1998**, « La combinaison de bien-être objectivement et subjectivement indique dans multiples domaines de la vie considéré comme saillant dans la culture et le temps tout en adhérant à des standards universels de droit de l'homme » (C.HEUSSE, p :6, 7, 2014)

### **II.3.B.Les indicateurs de la qualité de vie :**

Nous pouvons identifier un certain nombre d'indicateurs de la qualité de vie dont les quatre indices reflètent la qualité de vie des personnes, Ces Quatre indices sont:

✓ **Satisfaction:**

Fait référence à l'accomplissement d'un besoin ou d'un désir, et du sentiment de bien-être et de contentement de la personne. Plus précisément, la satisfaction a un rapport avec la vie en général, le bonheur et le plaisir, Les expériences personnelles et les sentiments associés aux situations sociales et de vie enGénéral.

✓ **la compétence et la productivité:**

Fait référence au travail rémunéré ou à un travail qui contribue à la communauté.

✓ **L'appropriation et l'autonomie:**

Fait référence aux possibilités accrues d'exercer un contrôle sur son environnement et aux possibilités de faire des choix pour soi-même.

**✓ L'appartenance sociale et l'intégration à la communauté:**

Fait référence au fait que la personne participe aux mêmes activités et utilise les mêmes ressources de la communauté que les personnes ne présentant pas d'incapacités; fait également référence aux possibilités de développer et de vivre des relations et des contacts sociaux normalisant. (C. SEGRESTAN, 2005,p24)

**II.3.C- dimensions définissent le concept de qualité de vie :**

D'une manière générale, HAELEWYCH ET MAGEOTTE (2000) ont remarqué que les dimensions de la qualité de vie qui sont le plus souvent citées dans les définitions et les composants empiriques concernent les relations sociales et les interactions, le bien-être psychologique, on retrouve généralement quatre dimensions principales :

**✓ Physique :**

Elle comporte l'activité physique quotidienne (possibilité de se déplacer, sommeil, alimentation ....)

**✓ Sensations somatiques :**

C'est-à-dire les symptômes et la douleur, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques.

**✓ Psychologique :**

Elle comprend la vie spirituelle de l'individu (c'est-à-dire réflexion, pensée, méditation, satisfactions artistiques, prière ...), l'humeur (dépression, anxiété), les performances cognitives (mémoire, concentration) et le sentiment de bien-être.

**✓ Social :**

Elle porte sur les relations avec autrui au niveau social, professionnel, amical, familial et les satisfactions professionnelles, maritales. (O.LYHYAOUI,,2011 p .9)

**II.3.D.- les notions clefs de la qualité de vie :**

La qualité de vie est une notion subjective, une notion influence par le contexte environnemental et une notion dynamique.

**✓ Notion subjective :**

La qualité de vie est essentiellement subjective.

Selon TAYLOR (2000), la qualité de vie se définit partout du postulat que des personnes peuvent percevoir et expérimenter différemment les mêmes conditions de vie objectif, la qualité de vie ne signifie rien de dehors de l'expérience subjective de personne qu'est le seule et unique juge de sa qualité de vie (C.HEUSSE, 2014 p. 8, 9)

La qualité de vie est ressentie lorsque les besoins de base de la personne sont comblés et lorsqu'elle a les mêmes possibilités que quiconque de poursuivre et d'atteindre les objectifs dans les secteurs importants de sa vie (C.HEUSSE, 2014 p .8, 9)

✓ **Notion influence par le contexte environnemental :**

Pour LAUCHTKUEHN ET AL (2000), la culture et l'ethnicité définissent la qualité de vie, pour eux le concept de qualité de vie ne peut pas être défini si l'ensemble du milieu de la personne, la communauté, la culture et la société dans laquelle elle vit, n'est pas examiné

Pour illustrer leur propos, ils ont repris deux citations ; « la qualité de vie d'une personne a une relation intrinsèque avec la qualité de vie d'autre d'une personne de son milieu » et « la qualité de vie d'une personne reflète l'héritage culturel de la personne et de ceux ou celles qui l'entourent » (C.HEUSSE, 2014 p. 7)

La qualité de vie s'inscrit pleinement dans une approche systématique du fonctionnement de l'être humains puisqu'elle est influencée par des éléments de nature culturelle et contextuelle. (C.HEUSSE, 2014 p. 7)

✓ **Notion dynamique :**

La qualité de vie d'une personne est influencée par les variables environnementales et les variables personnelles multiples qui interagissent ensemble. Elle est donc le résultat de l'interaction complexe des éléments objectifs et subjectifs, l'importance de ces éléments ou facteurs (objectifs et subjectifs) varie au cours du temps (C.HEUSSE, 2014 p. 7)

#### **II.4. Les composants de la psychologie de la qualité de vie :**

Le concept qualité de vie est constitué de composantes subjectives et de Composantes objectives

La composante de la qualité de vie subjective est souvent conceptualisée par des termes tels que le bien-être, la satisfaction de vie et le bonheur

✓ **Satisfaction de la vie :**

Processus cognitif impliquant des comparaisons entre sa vie et ses normes de référence

✓ **Bonheur :**

État dans lequel, pour une personne donnée, les affects positifs l'emportent sur les affects négatifs

✓ **Bien-être subjectif :**

C'est une auto-évaluation positive de la vie. Elle ne se réduit pas à l'absence d'émotions négatives mais correspond à la présence d'affects agréables (Affectivité positive)

Les composants objectifs de la qualité de vie sont définis comme des habitudes de vie qui sont influencées par des facteurs médicaux, sociodémographiques, économiques et autres. La ressource telle que le revenu et l'éducation ainsi que les activités comme l'emploi et les loisirs sont communément employées afin d'évaluer la composante objective de la qualité de vie Score de qualité de vie : indicateurs (**Carine SEGRESTAN**)

### **II.5. les domaines de la qualité de vie**

Toujours selon l'OMS, le concept de QV se divise en quatre domaines :

✓ **Le domaine de la santé physique :**

Comprenant les activités quotidiennes, la dépendance aux substances médicales et à l'aide médicale, l'énergie et la fatigue, la mobilité, la douleur physique et la gêne, le sommeil et le repos, et la capacité à travailler.

✓ **Le domaine psychologique :**

Comprenant l'image du corps et l'apparence, les sentiments négatifs (anxiété, dépression, tristesse, pessimisme), les sentiments positifs (optimisme), l'estime de soi, les croyances personnelles, la religion et la spiritualité, les opinions, l'apprentissage et la concentration. (**C. ROTONDA, 2011 p. 12, 13**)

✓ **Le domaine des relations sociales :**

Comprenant les relations personnelles, le support social et l'activité sexuelle.

✓ **Le domaine de l'environnement :**

Comprenant les ressources financières, la liberté, la sécurité, l'intégrité, les soins médicaux et sociaux: accessibilité et qualité, environnement familial, les opportunités d'acquérir de nouvelles informations et pratiques, la participation et les opportunités de création, de loisirs et d'activités, l'environnement physique (pollution, bruit, embouteillage, climat) et les transports.

En effet, la santé physique ne suffit pas à expliquer les différences de niveau de QV, il est donc fondamental de prendre en compte la santé mentale et psychologique.

Les deux caractéristiques fondamentales de la QV sont donc la multidimensionalité (Bien-être physique fonctionnel, émotionnel, social, spirituel) et la subjectivité (Processus de perception, d'attente, d'adaptation) (**C. ROTONDA, 2011 p. 12, 13**).

## **II.6. Les différentes approches de qualité de vie :**

### **II.6.1. L'approche psychologique**

Il concerne le jugement que porte un sujet sur sa vie et sur son équilibre psychique. L'OMS en donne une définition qui comporte plusieurs points, à savoir psychologique, physique, social et le bien-être matériel. C'est un concept à utiliser avec précaution car très subjectif

Il semble que l'apparition de la qualité de vie ait été plus tardive en comparaison des autres disciplines scientifiques. En psychologie, la qualité de vie est conjointement liée à l'étude de la satisfaction, la qualité de vie est un phénomène psychologique complexe contenu dans le phénomène du bien-être. Son approche est entièrement fondée sur une appréciation subjective. De nombreuses études démontrent que la qualité de vie n'affecte pas seulement la satisfaction mais impacte également la satisfaction dans toutes les domaines de la vie comme la vie familiale, les loisirs, la vie sociale et financière,

R. A. CUMMINS de l'école de psychologie d'Australie travaille sur la question d'un « standard psychométrique de la satisfaction » et aborde de ce fait la notion de qualité de vie. En cherchant à rationaliser les différentes définitions de la qualité de vie, il commence par distinguer les dimensions objectives et subjectives qui la structurent. Dans cette approche, les mesures objectives sont fournies par les aspects objectivement vérifiables de la vie alors que les mesures subjectives se basent sur la perception de la vie quantifiée habituellement à travers les questions de satisfaction ou de bonheur. En attribuant un poids variable à leurs différents domaines de vie, les individus donnent matière à l'évaluation de ce que l'auteur désigne sous le nom de « qualité de vie subjective » et de « bien-être subjectif ».

La psychologie s'est également intéressée à l'importance des aspects psychologiques liés au cadre de vie. Il s'agit de prendre connaissance des besoins psychologiques fondamentaux que le cadre de vie doit satisfaire. Tels que la sécurité psychologique, les qualités fonctionnelles de l'environnement et les qualités propres du cadre de vie.

La psychologie de l'environnement s'impose alors comme une nouvelle discipline permettant de mieux comprendre l'influence de l'environnement sur les comportements. Cette discipline s'appuie sur le postulat suivant : il existe une dimension subjective dans la relation qui lie l'individu au lieu. Elle propose ainsi une compréhension de cette relation de l'homme

avec son environnement. Dans cette approche disciplinaire, la notion de qualité de vie est étroitement liée à celle du cadre de vie : « l'étude de la qualité du cadre de vie consiste à appréhender la qualité de vie à l'aide de propriétés physiques et structurelles d'un environnement et à estimer ensuite la perception de cadre de vie ». (A. LEPLEGE, 2001, P .333).

#### **II.6.2.L'approche médicale :**

En ce concerne les questions de la sante, l'enjeu consiste à constituer un indicateur subjectif de sante, Il existe dans cette approche deux grandes classes de tests de mesure de la qualité de vie :

Les instruments spécifiques sont centrés sur une pathologie ou un public particulier et les instruments génériques sont utilisés dans le cas de pathologies variées et évaluent de façon assez globale l'état de santé, le fonctionnement psychologique et l'environnement social du sujet. (A. LEPLEGE, 2001, P .333)

#### **II.6.3.L'approche politique et économique :**

La qualité de vie d'une population est un enjeu majeur en sciences économiques et en science politique. On utilise les notions proches d'utilité et de bien-être. Elle est mesurée par de nombreux indicateurs socio-économiques, Elle dépend dans une large partie de la capacité à acheter des biens et services (notion de pouvoir d'achat), mais aussi des situations dans les domaines de la liberté (libéralisme économique), de respect des droits de l'homme, de bonheur, de santé (A. LEPLEGE, 2001, P .333)

La mesure du bien-être concerne à la fois les secteurs de l'économie environnementale et les divers mouvements de justice sociale. C'est un concept associé aux partis verts dans certains pays. Il cherche à établir une mesure des bénéfices et des pertes de bien-être relatifs aux aspects environnementaux et sociaux.

#### **II.6.4.Approche sociale :**

Sous l'angle social, la **qualité de vie** est une notion qu'il est possible de tenter de définir :

D'Avoir une occupation qui procure une autonomie financière suffisante sans être aliénante; Et Vivre dans un environnement qui favorise le développement harmonieux de sa personnalité. Cette notion en comprend d'autres telles que Le niveau de vie et Le style ou mode de vie(A. LEPLEGE, 2001, P .333)

#### **II.7.les modèles théoriques de la qualité de la vie :**

Il n'est pas aisé de cerner le concept de qualité de la vie et d'en élaborer une définition claire et précise qui recevrait l'approbation de tous les milieux scientifiques. Certains chercheurs ont toutefois tenté de formuler des théories de ce qui fait la qualité de la vie et d'en identifier les facteurs responsables.

On retrouve, parmi les cadres d'analyse proposés, un modèle écologique, (Bubolz et al. 1980) ; un modèle où la qualité de la vie est associée à l'ajustement entre les besoins et les ressources de l'individu, d'une part, et entre sa performance dans l'accomplissement des rôles et les attentes, d'autre part.

Un modèle qui met en étroite relation la notion de contrôle et le concept de qualité de la vie (Reich et Zautra, 1984) ; un modèle accordant une grande importance aux variables psychologiques de la qualité de la vie (C.MERCIER et J.FILLION,2017 P : 137)

##### **✓ Le modèle de Bubolz**

Le cadre conceptuel que Bubolz et ses collaboratrices (1980) présentent s'inspire largement des grands principes de l'écologie urbaine. Dans leur optique, la qualité de la vie est considérée dans un sens très général pour décrire le bien-être ou le mal être des gens et/ou de l'environnement dans lequel ils vivent.

Du point de vue de l'individu, la qualité de la vie consiste en un degré d'accomplissement ou de satisfaction de leurs besoins physiques, biologiques, psychologiques, économiques et sociaux de base. Ces besoins sont satisfaits par les ressources de l'environnement.

La qualité de la vie est le degré auquel l'environnement a la capacité de fournir les ressources nécessaires pour satisfaire les besoins. Le niveau de qualité de la vie est évalué de façon normative, soit en relation à un standard, à partir duquel les besoins devraient être satisfaits, soit en relation à un standard concernant les ressources requises.



Les composantes de base d'un écosystème humain aident à clarifier quels phénomènes humains doivent être décrits et quelles données doivent être choisies comme indicateurs. Les indicateurs peuvent décrire ou mesurer quelque chose concernant les conditions ou le statut des gens (environnement humain), les ressources du milieu (environnement naturel, construit ou comportemental) ou l'interaction des individus avec l'environnement et ses ressources (l'utilisation de cet environnement). Des indicateurs objectifs et subjectifs peuvent être utilisés pour évaluer la qualité de la vie dans un écosystème.(**C.MERCIER et J.FILLION,2017P.137, 138**)

✓ **Le modèle de BIGELOW**

L'élaboration du modèle de BIGELOW et de ses collaborateurs (1982) repose sur deux positions théoriques : une théorie de la qualité de la vie (BIGELOW et al, 1982) et une théorie des rôles (SARBIN et Allen, 1986).

La qualité de la vie d'un individu repose sur deux éléments : le sentiment général de bien-être (la satisfaction de ses besoins) et la performance (l'actualisation de ses habiletés). Les besoins considérés sont repris de MASLOW (1943) : besoins de base (physiologiques et de sécurité), besoins d'affiliation, d'estime, d'autonomie et d'actualisation de soi. L'environnement offre des possibilités de satisfaire ces besoins, possibilités matérielles (nourriture, logement, etc.) et sociales (ami, conjoint, travail, etc.).(**C.MERCIER et J.FILLION, 2017 P : 138, 139**)

Cependant, aux occasions offertes par l'environnement sont associées des attentes ou des exigences de performance. L'individu doit répondre aux demandes de la société à partir de ses habiletés cognitives, affectives, comportementales et perceptuelles.

Dans la mesure où l'individu connaît une satisfaction adéquate de ses besoins et atteint une certaine performance dans l'accomplissement de ses rôles, il est adapté à son environnement et jouit d'une bonne qualité de vie.(**C.MERCIER et J.FILLION, 2017 P : 138, 139**)

✓ **Le modèle de Reich et ZAUTRA**

L'élaboration théorique développée par Reich et ZAUTRA (1983, 1984) s'appuie sur la conviction que la qualité de la vie d'une personne est reliée aux types d'événements qu'elle expérimente (BLOCK et ZAUTRA, 1981; BLOOM, 1971).

Ce modèle s'arrête surtout à l'impact affectif et cognitif qu'ont les événements sur la qualité de la vie. Suivant l'approche proposée, l'expérience des événements peut être répartie

en deux domaines distincts suivant que nous les causions nous-mêmes ou qu'ils surviennent indépendamment de notre volonté.(C.MERCIER et J.FILLION, 2017 P. 139)

Le principe théorique général qui soutient cette approche est celui du contrôle cognitif et des raisons intrinsèques et extrinsèques qui motivent l'engagement dans certaines actions. Les gens accomplissent des choses parce qu'ils veulent le faire et cette liberté de choix à un impact important sur la façon dont ils interprètent le déroulement de leur vie.

L'affect positif tend à être associé aux événements sur lesquels l'individu exerce un certain contrôle. De plus, les efforts déployés par l'individu pour composer avec les demandes de la vie et intégrer ses besoins et ses désirs dans la vie quotidienne ont des résultats qui exercent aussi une grande influence sur la qualité de la vie.

Il s'agit ici d'identifier dans la vie quotidienne des individus des patterns de causalité suivant des séquences événement activité- dénouement. Opérationnellement, le rôle des événements dans la qualité de la vie est conceptualisé comme un processus d'évaluation comprenant trois composantes.(C.MERCIER et J.FILLION, 2017 P : 139)

Dans un premier temps, il y a deux types d'événements possibles. Les pressions non choisies, celles qui ont des origines de l'environnement (exigences) et les pressions choisies par l'individu (désirs). La seconde composante se réfère, s'il y a lieu, à la ou aux réponse(s) apportée(s) à ces événements. Finalement, la satisfaction/insatisfaction éprouvée par l'individu, face aux dénouements de ces événements et aux réponses qui leur ont été données, constitue une composante du processus évaluatif.

#### ✓ **Le modèle de ABBEY et ANDREWS**

Le cadre conceptuel proposé par ABBEY et ANDREWS (1985) met en relation le bien-être perçu par l'individu, les concepts issus du mouvement des indicateurs sociaux et des concepts étudiés en psychologie.

Les travaux de COSTA et MCCREA (1980), de Dupuy (1977) et de KAMMAN et al. (1979) ont servi de tremplin à l'élaboration théorique d'ABBEY et Andrews. Les auteurs présument «que les interactions des individus avec leur monde social affecteront un certain nombre de facteurs psychosociologiques, qui affecteront ensuite les états internes de dépression et d'anxiété, lesquels, à leur tour, affecteront leur sentiment de bien-être»(C.MERCIER et J.FILLION, 2017 P.139,140)

Les éléments clefs de ce modèle se répartissent comme suit : cinq concepts psychosociologiques (stress, contrôle sur sa propre existence, contrôle exercé par d'autres sur sa propre existence, support social et performance), deux concepts psychologiques (dépression et anxiété) et cinq évaluations distinctes de la qualité de la vie.

En s'appuyant sur ces concepts, les auteurs définissent leur hypothèse à l'effet que le stress, la perception de contrôle, le soutien social et la performance influent sur l'anxiété et la dépression de l'individu et que ces deux états émotionnels, à leur tour, affectent sa qualité de la vie. L'anxiété et la dépression sont des affects négatifs qui devraient avoir un impact direct sur la composante d'affect négatif de la qualité de la vie. (C.MERCIER et J.FILLION, 2017 P.139, 140)

Dans l'ensemble, les résultats obtenus par Abbey et Andrews indiquent que le stress et la dépression sont fortement reliés aux perceptions négatives de la qualité de la vie. Le contrôle interne, la performance et le soutien social sont modérément reliés aux perceptions positives de la qualité de la vie. Les relations entre l'affect positif et le contrôle interne, le support social et la performance sont plus fortes que les relations entre ces mêmes concepts et l'affect négatif. (C.MERCIER et J.FILLION, 2017 P.140)

Il semblerait, toujours selon ABBEY et ANDREWS, que, lorsque les individus tentent de déterminer jusqu'à quel point ils jouissent de leur vie, ils mettent l'accent sur les déterminants positifs de bien-être, soit le contrôle interne et le soutien social.

Inversement, lorsqu'ils tentent de déterminer jusqu'à quel point ils sont émotionnellement bouleversés, ils mettent l'accent sur les déterminants négatifs de bien-être comme le stress ou le contrôle exercé par d'autres. (C.MERCIER et J.FILLION, 1987 P : 140)

## **II.8.La qualité de vie liée à la santé**

Depuis une trentaine d'années, le nombre des recherches portant sur l'étude de la qualité de vie grandit sans cesse. Medline fournit, avec le mot-clé 'Quality of Life', en 1970 Comme le disent très justement Thomas Gill et Alvan R. Feinstein : « Depuis les années 70, la mesure de la qualité de vie est passée de la petite industrie familiale au niveau de l'entreprise universitaire »

Curieusement, cette augmentation ne semble pas s'accompagner d'une stabilisation de la Définition du champ. Tirée du sens commun, l'expression 'qualité de vie' présente l'avantage Trompeur d'une immédiate familiarité. Chacun voit, entend bien ce que c'est. Cette multitude de définition fait donc régner une certaine confusion autour de ce concept. On trouve ainsi des termes comme 'Healthstatus', 'Quality of life', ou 'Health-relatedquality of life', utilisés de façon interchangeable alors que parfois le concept sous-jacent peut être totalement différent, pour désigner les études portant sur la qualité de vie.

Peu de chercheurs dans le domaine échappent à la citation des nombreuses définitions de la qualité de vie, si tant est qu'ils proposent eux-mêmes une définition. Pour ne pas déroger à la règle

Selon la définition de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), la qualité de vie est définie comme la « perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.

C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».

Pour Shin, il s'agit de la « possession des ressources nécessaires pour satisfaire les besoins, les demandes et les désirs individuels, les envies naturelles et participer à des activités permettant le développement de soi et la comparaison satisfaisante avec autrui  
« La qualité de vie, sous l'angle individuel, c'est ce qu'on se souhaite au nouvel an : non pas la Simple survie, mais ce qui fait la vie bonne santé, amour, succès, confort, jouissances bref, le Bonheur ... » (S. BONI, P : 23, 2005)

La mesure de la qualité de vie est une « mesure composite du bien-être physique, mental, social tel qu'il est perçu par chaque individu ou groupe d'individus. Cette notion regroupe des notions touchant au bonheur, aux satisfactions et gratifications en rapport avec la santé, le mariage, la famille, le travail, la situation financière, les filières d'éducation, l'estime de soi, le sens d'appartenance à un groupe social ou encore la confiance en autrui » (Napgal). Pour Pellegrini, il s'agit « d'une atteinte individuelle d'une situation sociale satisfaisante dans Les limites des capacités physiques perçues par l'individu

Quant à Patrick, la qualité de vie correspond à la « valeur attribuée à la durée de vie en fonction des déficiences, de l'état fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales influencés par la maladie, les accidents, les traitements ou les politiques de santé »

Launois et Reboul-Marty définissent la qualité de vie liée à la santé comme « les retentissements physiques, psychologiques et sociaux d'une pathologie sur la vie d'un Patient. », Notant toutefois qu'elle « dépend de multiples facteurs », parfois « indépendants de La santé » Ils introduisent ainsi le terme de qualité de vie lié à la santé, qui considère Uniquement les facteurs « qui ont trait à l'état de santé du malade et à son évolution sous Traitement ». (S. BONI, P : 23, 2005)

Cette définition est basée sur le fait qu'un traitement est censé faire disparaître la Morbidité et la mortalité d'une maladie de telle sorte qu'il laisserait le malade comme non Atteint.

Bucquet, quant à lui, estime que la qualité de vie correspond simplement au versant de la santé qui est perçue par le malade. Il introduit ainsi la notion de santé perceptuelle « la santé perceptuelle appartient à la trilogie décrivant l'état de santé : la morbidité réelle, la Morbidité objectivée ou diagnostiquée et la morbidité ressentie ».

Il en est de même pour Guillemin : « ... il s'agit d'une approche du vécu du sujet dans le domaine de la santé et des domaines qui y sont directement liés que l'on va tenter de mesurer dans une démarche systématisée. » (**S. BONI, 2005 P : 23**)

#### **II.8.A. Qualité de vie en relation avec la santé :**

Si la qualité de vie en relation avec la santé n'est qu'une partie de la qualité de vie dans son sens le plus général, elle n'en est pas moins fondamentale.

On peut la définir comme étant L'ensemble des conditions en rapport avec l'état de santé qui diminuent le bien-être, les Etude de la qualité de vie des patients atteints de lupus érythémateux systémique performances, qui interfèrent avec le rôle social et/ou qui altèrent le fonctionnement psychique du sujet Le domaine de la santé donne lieu à un intérêt majeur et croissant de la Communauté médicale.

Cet engouement relativement récent peut s'expliquer par des changements d'orientation de la pratique médicale dans les dernières décennies. L'essor de l'intérêt porté à la qualité de vie témoigne que la démarche physiopathologique « classique » trouve ses limites dans la prise en charge de certains états pathologiques.

Dans ce cadre, les soins ont pour vocation de permettre au patient de vivre de la façon la plus confortable possible avec son état pathologique incurable. (Étude de la qualité de vie des patients atteints de lupus). (**M. AFFANE, 2010p.55**)

#### **II.8.B. Les déterminants de la qualité de vie liée à la santé :**

On appelle déterminant de la qualité de vie liée à la santé, tout facteur qui influence le niveau de celle-ci par le seul fait de sa présence. Ces déterminants peuvent être d'origine culturelle, comportementale, psychologique, environnementale, sociale, éducationnelle, économique.

L'identification des déterminants permet d'améliorer les connaissances sur la qualité de vie liée à la santé. Parce qu'ils font varier le niveau de qualité de vie liée à la santé, les déterminants doivent être pris en compte pour l'établissement de valeurs de référence.

Mais aussi, parce qu'ils sont parfois aussi des facteurs de risque pour les maladies et donc parce qu'ils peuvent entraîner un biais de confusion, les déterminants doivent être pris en compte pour l'étude de la relation entre la qualité de vie liée à la santé et d'autres variables d'intérêt

Les déterminants qui sont connus pour influencer la qualité de vie liée à la santé, on va tenter de dresser parmi ces déterminants (**C. MERCIER ET J. FILION ,2017P : 140**)

✓ **Les variables sociodémographiques :**

Il est indéniable que les variables sociodémographiques et économiques jouent un rôle important dans l'évaluation de la qualité de la vie. Déjà CANTRIL (1965) concluait dans son étude que les pays les plus riches étaient aussi les plus heureux.

Cependant, les différences entre les pays les plus avantagés et les pays les plus défavorisés de son étude étaient plutôt irrégulières et la relation entre la prospérité et le bonheur n'était pas très forte. Pour sa part, Gallup (1976) rapporte que la privation économique semble affecter autant l'esprit que le corps. De façon générale, les pays avec les revenus per capita les plus élevés se retrouvent invariablement aux premiers rangs dans les tests de bien-être psychologique et de satisfaction face aux aspects majeurs de la vie. Les résultats de ces recherches supportent l'hypothèse selon laquelle le sentiment national de bien-être dépend du niveau de développement économique du pays.(**C. MERCIER ET J. FILION ,2017P : 139, 140**)

De plus, il est également vrai que, dans chacun des pays où des études ont été menées, les individus les plus prospères tendent à évaluer leur vie plus positivement que les gens pauvres. Il semblerait que le sentiment de bien-être d'un individu soit plus influencé par le fait que son statut économique se compare avantageusement avec celui des autres individus du même pays, que par le fait que la situation économique de son pays soit plus enviable que celle d'autres pays.

Cependant, les conditions de vie d'un pays prospère sont nettement plus propices au développement d'évaluations positives du bien-être des individus que les situations qui prévalent dans les pays pauvres. Les travaux de Campbell (1981) sur le sentiment de bien-être des Américains relèvent des points qui militent en faveur de cette vision des choses.

Les résultats de Campbell indiquent que la plupart des gens décrivent leur vie en termes relativement positifs, quoique certains individus soient plus positifs que d'autres. Ces

différences résultent en partie de leur position dans l'échelle sociale. Le revenu, l'éducation et la profession d'un individu constituent de puissants descripteurs de ses conditions de vie objectives. (C.MERCIER et J.FILLION P : 140, 139,2017)

Or ils expliquent à eux seuls plus de 10 % de la variance du niveau général de satisfaction et de bien-être. Dans sa revue de littérature, Diener (1984) a identifié d'autres conditions objectives qui influent sur le sentiment de bien-être.

Les résultats de la plupart des études démontrent que le niveau de satisfaction s'élève généralement avec l'âge. Par contre, les sentiments, positifs aussi bien que négatifs, sont plus intenses chez les jeunes. Les gens mariés sont plus positifs que les autres. Les personnes sans emploi sont celles qui portent les jugements les plus sévères sur la vie.

Par ailleurs, le genre ou le fait d'avoir des enfants n'influencent pas la perception de la qualité de la vie.

Ces résultats semblent assez constants : l'enquête de Bradburn en 1969 avait déjà laissé apparaître que les personnes sont plus heureuses si elles ont un revenu plus élevé, un emploi, si elles sont jeunes et mariées. Les sentiments négatifs sont associés à une mauvaise santé, physique et mentale. (C. MERCIER et J.FILION,2017, P .140)

#### ✓ **Les variables reliées aux conditions de vie**

Flanagan (1978) a tenté d'identifier empiriquement quels éléments de l'existence quotidienne font la qualité de la vie. Pour ce faire, plus de 6 500 incidents critiques ont été rapportés par un échantillon de près de 3 000 personnes.

Ces incidents critiques ont ensuite été regroupés en quinze catégories comprenant des types de comportements et d'expériences semblables. Ces catégories forment cinq groupes distincts : le bien-être matériel et physique (sécurité financière, santé et sécurité personnelle) ; les relations avec les autres (conjoint, enfants, famille, amis) ; les activités sociales, civiques et communautaires; le développement personnel et l'accomplissement (développement intellectuel, compréhension personnelle, emploi, créativité et expression personnelle) ; le temps libre (socialisation, activités récréatives actives et passives).

Dans un second temps, le même chercheur a demandé aux sujets, dans le cadre d'une enquête nationale, quelle importance ces catégories revêtaient actuellement pour eux. Il ressort de l'étude de Flanagan que la variable jugée la plus importante par la grande majorité des gens est celle de la santé et de la sécurité personnelle, laquelle obtient plus de 95 % des suffrages.

Viennent ensuite le fait d'avoir et d'élever des enfants ainsi que le fait de se comprendre soi-même, qui sont des facteurs importants ou très importants pour plus de 85 % des répondants.

Le confort matériel, les relations d'intimité avec le conjoint et le travail sont évalués comme importants ou très importants par près de 80 % des répondants. Les six domaines présentant les plus grands coefficients de corrélation avec la qualité de la vie globale sont le confort matériel, la santé, le travail, la récréation active, l'apprentissage et l'expression créative. **(C. MERCIER et J. FILION, 2017 P : 140)**

Dans une étude du même type, Bharadwaj et Wilkening (1977) ont identifié la santé, la famille et la communauté comme les principales sources de satisfaction chez les hommes. Chez les femmes, la vie familiale domine. Chez les personnes âgées, l'occupation du temps libre et la famille prennent le plus d'importance.

Les études nationales américaines indiquent que, parmi les domaines de la vie qui constituent les meilleurs prédicteurs de bonheur éprouvé par un individu, figurent en tête de liste la satisfaction face au mariage et à la vie familiale.

De façon générale, les résultats obtenus par Campbell (1976, 1981) démontrent que pour la plupart des gens un mariage et une vie familiale réussis sont associés de près à un plus grand sentiment de bien-être. **(C. MERCIER et J. FILION, 2017 P : 140)**

Le fait d'avoir des amis et d'entretenir des relations intimes et gratifiantes avec ceux-ci contribue également à la qualité de la vie. La santé physique revêt aussi une importance indéniable dans l'évaluation de la qualité de la vie.

De façon générale, et surtout chez les personnes âgées où elle est effectivement souvent altérée, la santé physique est étroitement liée au sentiment de bien-être. Le fait d'être physiquement séduisant est généralement relié à des affects positifs et est associé au fait d'être jeune, en santé, intelligent et bien éduqué.

Une auto-évaluation positive est importante dans la mesure où les gens qui entretiennent des sentiments positifs envers eux-mêmes voient leur vie beaucoup plus favorablement que ceux qui ne se distinguent que par leur réussite aux niveaux économique et éducationnel. **(C. MERCIER et J. FILION, 2017 P : 140,141)**

D'après l'étude longitudinale conduite par Heady et ses collaborateurs (1984a, b; 1985) en Australie, il semble que le bien-être et l'inconfort, relèvent d'indicateurs distincts.

Les conditions socio-économiques et la santé influencent davantage les affects négatifs. Ainsi, le fait d'être en mauvaise santé va produire une évaluation négative de la



qualité de la vie alors que les personnes en bonne santé ne considèrent pas la santé dans leur appréciation de la qualité de la vie.

La satisfaction dans l'ordre du loisir, des amis et du mariage contribue davantage aux perceptions positives. De même, un réseau social bien développé va augmenter le sentiment de bien-être, sans pour autant atténuer de façon sensible les affects négatifs. Enfin, un ensemble d'études considèrent le rôle et l'influence de la communauté sur le sentiment de bien-être.

Ces recherches s'intéressent aux liens entre le voisinage, l'environnement physique et social et la qualité de la vie (**C. MERCIER et J. FILION, 2017 P : 140,141**)

### **II.8.C. Intérêt porté à la qualité de vie liée à la santé**

Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer cet intérêt

❖ Les progrès thérapeutiques :

Ils ont participé à l'augmentation de la quantité de vie, et par-là même à la recrudescence des maladies de nature dégénérative, contre lesquelles la médecine ne dispose pas toujours d'un traitement curatif. (**S. BONI, 2005p : 26**)

Dans ce cas, les traitements disponibles sont jugés à partir de leur capacité à limiter les conséquences, non seulement physiques, mais aussi mentales et sociales des maladies chroniques.

En d'autres termes : les traitements mis en œuvre doivent être capables de rétablir ou du moins de préserver la qualité de vie.

❖ Maîtrise économique du système de santé :

L'explosion des budgets médicaux et la nécessité pressante de maîtriser les coûts, tout en maintenant la qualité des soins, sont de bons arguments pour expliquer l'intérêt pour les mesures de qualité de vie liée à la santé. (**S. BONI, 2005p : 26**)

❖ Les patients eux-mêmes :

Les personnes se veulent de plus en plus attentives aux décisions les concernant, et en conséquence, ils sont désireux de participer aux choix décisionnels qui sont pris à leur égard.

Dans la mesure où les perceptions des patients déterminent de façon cruciale l'utilisation des Services et des traitements, et l'impact que ceux-ci auront sur leur état de santé, ces perceptions doivent être prises en compte directement.

❖ L'accélération de l'innovation médicale (**S. BONI, 2005p : 26**)

## **II.9. Les différents instruments de mesure de la qualité de vie**

Il n'existe pas un instrument de mesure standard et universel, et l'on recense plusieurs Centaines de questionnaires ou échelles dans la littérature. On distingue habituellement Les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques.

### **II.9.1. Typologie des instruments de qualité de vie**

Les instruments de qualité de vie sont des questionnaires dont les questions peuvent être regroupées en dimensions (classiquement: dimensions physique, psychologique, sociale) et peuvent être classés en fonction des éléments suivants :

- L'origine des questions: experts, groupe de patients, médecins, etc.
- Les méthodes de pondération des scores: simple addition, somme pondérée par les utilités, etc.
- Le type de mesures obtenues: les index qui permettent le calcul d'un score global et les profils donnant un score pour chaque dimension explorée.
- La population ciblée: questionnaire « générique » utilisé en population générale, et questionnaire « spécifique » ciblant par exemple une tranche d'âge ou une pathologie.

**(S. Gentile<sup>1</sup>, J.Ch. Delarozière<sup>1</sup>)**

### **II.9.2. Les questionnaires génériques**

Ces questionnaires peuvent être utilisés dans différentes populations et dans différentes pathologies (sujets malades Ou non malades) et permettent, en particulier, de comparer la qualité de vie de sujets Présentant des pathologies différentes. Ils fournissent une information globale sur la vie du patient. Leurs résultats peuvent être comparés d'une étude à l'autre ou d'une population à l'autre Mais ils manquent de sensibilité lorsqu'on souhaite évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (études longitudinales). Ils explorent 4 domaines différents : l'état physique (capacités et limites fonctionnelles), les sensations somatiques (troubles fonctionnels, douleur...), l'état psychologique et les relations sociales (familiale, professionnelle...).

### **II.9.3. Les questionnaires génériques utilisés en IR**

Les questionnaires génériques ont été utilisés dans le cadre de l'IRCT quel que soit leur type de prise en charge

- **Le « Sickness Impact Profile » (SIP)**

Il s'agit de l'un des plus anciens questionnaires de qualité de vie générique, d'origine anglo-saxonne, mis au point par Bergner. Son objectif est de mesurer l'impact de la pathologie dans douze domaines de santé: le sommeil, l'alimentation, le travail, la gestion du foyer, les loisirs, la mobilité, la marche, l'attention portée au corps, les activités

sociales, la vivacité, le comportement émotionnel et la communication. Ces domaines sont regroupés en trois dimensions: physique, psychosociale, et une dimension qui regroupe des items indépendants les uns des autres. Chaque dimension donne lieu à un score spécifique.

Le SIP donne un score global qui s'échelonne de 0 à 100 : plus le score est élevé, plus l'état de santé est altéré.

Le SIP est un auto-questionnaire de 136 items à réponse binaire qui nécessite entre 20 à 30 minutes pour être administré, ce qui demande une concentration importante de la part du patient. Il présente un « effet plafond » qui se manifeste par l'impossibilité d'établir une distinction parmi les patients ayant le meilleur état de santé, avec peu d'altération de la qualité de vie.

Dans le cadre de l'IR, ce questionnaire a été utilisé dans de nombreuses études et sert souvent de mesure de référence dans la validation des questionnaires spécifiques à l'IR

- **Le Short Form 36 (SF36)**

Cette échelle a été développée par John Ware aux Etats-Unis dans le cadre de l'étude « Médical OutcomeStudy ». Cette échelle comporte trente-six items explorant huit domaines différents :

Activités physiques, limitations liées à l'état physique, douleur physique, vie sociale et relationnelle, santé psychique, limitations liées à la santé psychique, vitalité et santé générale.

Les réponses sont binaires (oui /non) et graduées en trois à six points. Cette échelle donne deux scores, l'un relatif à la santé physique et l'autre à la santé psychique. Les résultats issus des domaines vitalité et santé générale sont intégrés simultanément dans les deux scores. Chaque dimension est notée de 0 à 100: plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie.

Cette échelle peut être auto-administrée ou recueillie par un enquêteur, ce qui demande 5 à 10 minutes. Il existe une version française validée de ce questionnaire.

Un des principaux avantages du SF36 est qu'il intègre à la fois des données relatives à la subjectivité du patient et des données comportementales. Dans le cadre de l'IRCT, le SF36 est le questionnaire générique le plus fréquemment utilisé.

- **Nottingham Health Profil (NPH)**

Cette échelle a été créée par Sonja Hunt en 1981.<sup>74</sup> Son objectif est double: d'une part de déterminer les besoins de santé des personnes à soigner indépendamment des critères médicaux, et d'autre part de développer un indicateur de santé utilisable pour la surveillance de la santé de la population.

Elle comporte trente-huit questions et se divise en deux parties. La première partie comprend les questions se rapportant aux six dimensions suivantes:

Énergie, mobilité physique, sommeil, «douleur, réactions émotionnelles, isolement social. La deuxième partie contient des assertions relatives aux problèmes observés dans le travail, la vie domestique, familiale et sociale, les loisirs et la fonction sexuelle.

Les réponses sont présentées sous forme binaire (oui/non). Les scores sont calculés de 0 à 100, plus le score est proche de 0, plus la santé perçue est bonne.

Des scores de référence ont été publiés par tranche d'âge et par pathologie. Il a été validé en français sous le nom d'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham.

Dans le cadre de l'IR, il a été utilisé dans quatre études, essentiellement comme mesure de référence.

- **The EuroQol ou EQ-5D**

L'EQ-5D est une échelle de qualité de vie européenne, développée dans les années 90. L'EQ-5D78 fournit un profil descriptif et une valeur d'index pour le statut de santé qui peuvent être employés dans l'évaluation clinique et économique de services médicaux. L'EQ-5D a été conçue pour être complémentaire des autres mesures de QV.

C'est un instrument simple et rapide, ne comportant que cinq items correspondant à cinq dimensions: « la mobilité », « l'intérêt porté à sa propre santé », « les activités usuelles », « les douleurs et l'inconfort », « l'anxiété » et « la dépression ». Les réponses se font sur des échelles graduées en trois points :

- 1) pas de problème;
- 2) problèmes modérés
- 3) problèmes sévères

Permettent d'établir un score sous forme de cinq chiffres consécutifs qui traduisent le profil par rapport aux cinq dimensions.

Cette première partie de l'échelle, appelée « EQ-5D descriptive system », est complétée par une échelle visuelle analogique, dénommée «EQ-5D VAS », graduée de 0 à 100 (100 étant le meilleur état possible). En combinant des niveaux différents de chaque dimension, EQ-5D définit un total de 243 états de santé. Il a été utilisé dans deux études de qualité de vie portant sur l'IR

#### **II.9.4. Les questionnaires spécifiques**

Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, Rhumatologie, neurologie, cancérologie...) ou à un symptôme particulier (fatigue,

Douleur, sommeil...). Troubles physiques, somatique, psychosocial et la perturbation de la vie sexuelle.

Peu de questionnaires, jusque-là, incluaient la globalité de ces différents paramètres. Ils sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques, mais la comparaison des résultats entre populations différentes est plus difficile.

Généralement, des modules particuliers sont associés au questionnaire spécifique à une Pathologie (appelé “questionnaire central” ou “coré questionnaire”).

Les modules particuliers ne peuvent pas être utilisés séparément du questionnaire spécifique.

### **II.9.5. Les questionnaires spécifiques aux patients en IR**

On distinguera les questionnaires en fonction du type de patients ciblés : dialysés ou greffés.

- **Questionnaires spécifiques aux patients dialysés**

- **Le Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL)**

Le KIDNEYDISEASEQUALITY of Life Instrument a été développé par Hays et coll. en 1994 pour les patients dialysés.<sup>11</sup> Il se base sur le SF36, avec un module complémentaire spécifique aux dialysés développé, à partir de trois, focus group de patients.

Il comporte 134 items et 19 domaines (dont 8 issus du SF36) répartis en quatre dimensions. (**S. GENTILE, J.-CH. DELAROZIERE, 2003p 294**)

- Une dimension santé physique relative à la fonction physique, au statut professionnel, aux limitations liées à l'état physique, à la douleur, à la santé perçue et à l'énergie.
- Une dimension santé mentale relative au bien-être, à la qualité de vie relationnelle, au fardeau de la maladie, au soutien social, aux limitations liées à la santé psychique.
- Une dimension spécifique à la dialyse ayant trait aux fonctions cognitives, à l'absence/présence de symptômes, au handicap de la dialyse sur la vie quotidienne, à la fonction sexuelle et au sommeil.
- Une dimension relative à la satisfaction du patient sur sa prise en charge avec une question concernant la satisfaction en général et une autre à propos du soutien de l'équipe soignante.

La dimension spécifique à la dialyse est la plus sensible pour séparer les niveaux de santé perçue des dialysés.

Il s'agit d'un auto-questionnaire qui nécessite 30 minutes de passation. Il

Existe une forme courte du questionnaire (KDQOL-SF) comportant 79 items, réduisant le temps à 16 minutes. (**S. GENTILE, J.-CH. DELAROZIERE, 2003p 294**)

➤ **Le KidneyDisease Questionnaire (KDQ)**

Le KDQ, développé par Laupacis et coll.10 dans les années 90, cible uniquement les patients traités par hémodialyse.

Il a été construit sur la base d'entretiens auprès de patients, de néphrologues, d'infirmiers, de travailleurs sociaux. Il comporte vingt-six questions (cotées de 1 à 7) réparties en cinq dimensions :

1. Une dimension symptômes physiques répertorie les symptômes les plus fréquemment décrits par les patients : perte de poids, démangeaisons , hypotension , jambes douloureuses, crampes , troubles du sommeil , problèmes intestinaux, nausées , vertiges .
2. Une dimension physique comprenant les items suivants se sentir affaibli(e), manquer d'énergie, être usé(e), être somnolent(e) le jour, être léthargique, manquer de force.
3. Une dimension dépression comprenant les items suivants avoir le cafard, manquer de motivation, ne pas se sentir à la hauteur, avoir des doutes concernant l'avenir, être déprimé(e).
4. Une dimension vie sociale, comprenant les items suivants :

Être content de sa vie personnelle, se sentir dépendant des autres, manquer de liberté pour faire des choses, sentir la tension au sein de la famille, être limité pour accomplir les tâches domestiques, ressentir des difficultés pour se rendre au centre d'hémodialyse.

5. Une dimension frustration : être frustré, par le temps de dialyse, être frustré(e) en général

Le recueil du KDQ nécessite un enquêteur pour une durée estimée de 10 à 15 minutes. Il existe une version courte du KDQ qui correspond aux deux items les plus significatifs de chaque dimension.

➤ **The « CHOICEHEALTH Expérience Questionnaire» (CHEQ)**

Le CHEQ est le questionnaire le plus récent, créé en 2001 par Wu et coll.9 Il s'adresse aux patients dialysés, quel que soit le type de dialyse.

Il a été développé dans le but d'évaluer la qualité de vie selon le mode de dialyse (notion de dose de dialyse, dialyse péritonéale, hémodialyse).

La phase de conception s'est structurée autour du suivi d'une cohorte. Dans le cadre de cette cohorte, les patients ont été interrogés sur deux aspects : le choix et les modalités de leur traitement.

Cette phase a permis l'élaboration des modules spécifiques du CHEQ.

Le CHEQ contient les huit domaines du questionnaire générique SF-36, et treize domaines développés spécifiquement pour les patients en l'IRCT. Ces domaines sont: le CHEQ santé mental, le CHEQ santé physique, la liberté, le trajet, les fonctions cognitives, les finances,

le travail, les loisirs, l'image corporelle, la fonction sexuelle, le sommeil, les problèmes des voies d'accès périphériques, la qualité de vie en général .

Il comporte 83 items et peut être auto-administré ou recueilli par entretien. La durée moyenne de recueil est de 30 minutes.

- **Questionnaire spécifique aux patients greffés et dialysés**

### **The Health Related Questionnaire of Quality of Life questionnaire (HRQOL)**

Le HRQOL a été développé par PARFREY et coll.8 dans les années 90. Ce questionnaire est le seul retrouvé dans la littérature qui s'adresse aussi bien aux patients dialysés que greffés. Il a été conçu à partir d'une enquête auprès de 107 patients dialysés et 119 transplantés.

Il comporte deux index développés spécifiquement dans le cadre de l'IR, associés à six index déjà existants. Deux index développés spécifiquement pour les patients en IR :

1. L'index des symptômes comprend une liste de douze symptômes (fatigue, faiblesse musculaire, céphalée, prurit, dyspnée, angine, manque de sommeil, douleur articulaire, nausée vomissement, douleur à l'estomac, (autre).(**S. GENTILE, J.-CH. DELAROZIERE, 2003p.295**)

Le patient répond pour chaque symptôme sur une échelle graduée de 1 (très sévère) à 5 (absent).

2. L'index d'émotion comprend une liste de douze états émotionnels. Les deux premiers sont des émotions positives être déterminé(e) à se prendre en charge, avoir l'impression que les choses vont bien, graduées de 1 (absent) à 5 (énormément).

Les dix autres sont des émotions négatives être confus, se sentir différent, être en colère, avoir peur, se sentir sans défense, se sentir seul(e), en avoir marre, être triste, être désespéré(e), « autre, graduées de 1 (très sévère) à 5 (absent).

Ces deux index ont des scores compris entre 12 et 60, un score élevé révèle une grande sévérité des symptômes ou de l'affect. (**S. GENTILE, J.-CH. DELAROZIERE, 2003p.295**)

Parmi les six autres index déjà existants, quatre index correspondent à des mesures subjectives de la qualité de vie et deux autres à des mesures objectives. Parmi les mesures subjectives on trouve:

- Le Campbell index of général affect, comprend huit questions relatives à la manière dont le patient perçoit sa vie, avec sept modalités de réponse.
- L'index of over all life satisfaction est une question unique à sept modalités de réponse (1 étant un état complet d'insatisfaction et 7 de satisfaction totale).

- L'index du WELLBEING correspond à un score provenant de la combinaison des scores des deux index précédents.
- Le SPITZER subjective index, est une échelle visuelle analogique allant de 0-100 (0 étant le pire et 100 le meilleur), qui permet au patient de situer son niveau de qualité de vie. Deux mesures objectives de qualité de vie :

1- L'index de KARNOFSKY mesure l'état fonctionnel, gradué de 1 (activité normale) à 5 (mort).

2- Le SPITZER objective QL-index comporte cinq items relatifs aux activités, à la vie quotidienne, la santé, le soutien social, l'avenir.

Le recueil du questionnaire HRQOL nécessite la présence d'un enquêteur pour une durée de 15 à 20 minutes. (**S. GENTILE, J.-CH. DELAROZIERE, 2003p.295**)

✓ **Questionnaires spécifiques aux patients greffés**

➤ **Le « KIDNEY Transplant Questionnaire» (KTQ)**

Le KTQ, comme le KDQ a été développé par Laupacis13 en 1992. Il cible uniquement les patients transplantés. Il a été construit sur la base d'entretiens auprès de patients transplantés et de soignants. Ce questionnaire comprend vingt-cinq questions réparties en Cinq dimensions:

1- La dimension physique, spécifique pour chaque patient, comporte les symptômes physiques qui semblent les plus importants au patient. Ces symptômes sont utilisés pour comparer la QV au cours du parcours clinique.

2- La dimension fatigue regroupe les items suivants : manquer d'énergie, être léthargique, se sentir dépressif, se sentir affaibli, avoir l'impression d'être de plus en plus fatigué, avoir l'impression d'avoir très peu de force.

3- La dimension peur est relative au devenir du greffon : peur d'avoir un rejet, peur d'un avenir incertain, être soucieux.

4- L'apparence est une dimension axée sur les effets secondaires des médicaments, elle regroupe les items suivants: augmentation de la pousse des cheveux, augmentation de l'appétit et du poids, être sujet aux infections, avoir de l'acné.

5- La dimension psychologique regroupe les items suivants :

Être irritable, avoir des difficultés à nouer des relations, être anxieux, se sentir frustré(e), être opiniâtre. Ce questionnaire comprend des questions à sept modalités de réponses et nécessite la présence d'un enquêteur. (**S. Gentile, J.-C. Delarozière, p296, 2003**)

➤ **The End Stage Renal Disease, Symptom Checklist Transplantation Module (ESRD-SCL)**



L'ESRD-SCL est un questionnaire développé en Allemagne en 1997 par FRANKE et coll.12 à partir d'entretiens menés auprès de patients transplantés et de personnel soignant (médecins et infirmiers) des départements de néphrologie. Les items cités par plus de 20% des patients interrogés ont été retenus pour créer le questionnaire. L'ESRD-SCL comprend quarante-trois items repartis en six domaines différents :

- Limitations des capacités physiques incluant des questions sur la douleur, l'épuisement et les vertiges.
- Limitations des capacités cognitives incluant des questions sur le manque de mémoire (étourderie), les troubles de la concentration, la diminution des capacités auditives et visuelles.
- Troubles des fonctions rénales et cardiaques, incluant des questions concernant les œdèmes des membres, l'hypertension artérielle, etc.
- Effets secondaires des corticoïdes incluant des questions relatives aux altérations du visage, à la dépréciation par rapport à l'apparence.
- Hyperplasie gingivale et hirsutisme : hyperplasie gingivale, augmentation de la pilosité.
- Détresse psychologique liée à la transplantation et incluant des items relatifs au devenir du greffon, à l'anxiété et aux cauchemars.

Ce questionnaire demande la présence d'un enquêteur, (Qualité de vie et insuffisance rénale chronique terminale: le point sur les différents questionnaires existants (**S. Gentile1, J.-Ch. Delarozière1**))

### **1- Association de deux questionnaires**

L'évaluation de la QV globale, pour être pertinente, se doit d'explorer un éventail large De domaines.

Elle nécessite l'association d'un outil de mesure générique et d'un outil Spécifique, combinant ainsi les avantages des 2 types de mesure

Le questionnaire spécifique permet de faire le point sur la pathologie étudiée. Le Questionnaire générique, moins sensible, est utilisé comme complément ou comme Référence pour vérifier la légitimité du choix de l'outil spécifique utilisé et de la population étudiée.

Il peut aussi mettre en évidence les effets inattendus (interactions éventuelles avec d'autres pathologies ...).

## **II.10. qualité de vie et maladies chronique :**

Une maladie chronique qui se définit comme « un problème de santé nécessitant des soins à long terme ce qui suppose :

La présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif et l'ancienneté de trois mois à un an, ou devant durer au moins un an et un retentissement sur la vie quotidienne des patients (limitation fonctionnelle, dépendance, besoin de soins...). Il existe de multiples maladies chroniques (diabète, asthme, BPCO, épilepsie, maladies cardio-vasculaires...), mais leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade.

Du fait de l'allongement de l'espérance de vie et de l'augmentation du risque d'exposition aux facteurs de risque (tabac, alcool, sédentarité, précarité...), les maladies chroniques non transmissibles sont en augmentation dans le monde et rendent compte de 75 % des années vécues avec un handicap et plus de 59 % des décès.

Le thème de la qualité de vie des malades chroniques constitue désormais une priorité sanitaire tant au plan national, qu'international, L'Organisation Mondiale de la Santé fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques une priorité.(O .YHYAOUI, 2005, P : 71)

### **Conclusion :**

La notion de Qualité de Vie (QV) est difficilement définissable. On peut parler d'un État de bien-être en relation avec l'état de santé; d'une sensation de bien-être physique, Psychique, émotionnel, intellectuel; de possibilités de participer aux activités familiales, Sociales, professionnelles. Cette notion ne se limite pas au simple état de santé: c'est un Concept englobant de multiples dimensions (dont l'état de santé) qui sont influencées par les Opinions personnelles, les expériences vécues, l'état émotionnel, les capacités physiques et Psychiques propres, les perspectives et le ressenti de chacun. C'est également un concept Dépendant d'une multitude de facteurs tels que les conditions économiques, l'environnement Social et culturel ou le mode de vie

*La partie pratique*

# *Chapitre III*

*La méthodologie de la  
recherche*

**Préambule :**

Ce chapitre concerne la méthodologie de recherche. Il s'agit à ce niveau d'aborder l'ensemble des techniques utilisées pour mener l'étude, Dans ce chapitre, seront également développés la démarche de recherche, et le choix de populations étudié, le pré enquête, la présentation du questionnaire. Et la présentation des différents techniques utilisées comme ; l'entretien clinique, questionnaire, et l'étude de cas.

**III.1. démarche de la recherche****III.1.1. la pré-enquête**

Dans toute recherche surtout en sciences sociales, la pré enquête est très importante. A ce sujet, NISABWE (2007-2008) indique que : « la préenquête est une reconnaissance ou une familiarisation du terrain et permet la reformulation des questions du guide d'entretien ».

La pré enquête a été pour nous une étape qui nous a permis d'être au courant des réalités de notre terrain d'enquête. Pour le cas qui nous concerne, avant de de nous lancer dans le pré enquête, un guide d'entretien a été élaboré d'avance. Ainsi nous avons mené le pré enquête sur neuf cas (femme et homme) que nous avons rencontrés par le biais de nos connaissance.

Dans notre pré enquête on n'a rencontré quelques difficultés pour la passation de l'échelle SF-36, surtout avec les hémodialysé ils sont déprimé, et agressive mais on a respecté leur situation, pendant la période de stage qui a duré deux (2) moins difficilement quand on a trouvée des cas qui vont accepter de nous parler.

Lors des premiers rencontres, nous avons commencé par l'introduction de notre entretien par des questions d'ordre général sous forme de causerie pour une mise en confiance. Durant la période d'enquête, nous avons dans nos mains une autorisation de la part de l'administration local et d'une convention de stage de recherche délivrée par le département de la faculté de sciences humaines et sociale

Avant la descente sur terrain, nous avons d'abord commencé à lire et à relire le guide d'entretien afin d'éviter les tâtonnements le moment venu de notre entretien. Avant d'entamer l'entretien, nous commencions par nous préciser l'objet de notre recherche. Ces contacts se passaient de façon douce et naturelle dans le but de gagner et de garder leur confiance et leur collaboration.

Durant l'entretien avec nos enquêtés, nous laissons le sujet s'exprimer librement sans pour autant diriger et interrompre son discours. Nous avons donc essayé de suivre les propos de PINTO & al (1964, p815), là où ils ont donné des conseils qui disent qu' « à partir du moment où l'enquêté commence à parler, l'enquêteur ne doit pas l'interrompre ou le questionner mais demeure dans une attitude de compréhension »

Toutefois, cette position de PINTO est à relativiser car pour les cas enquêtés, nous avons fait recours à la reformulation de nos questions et à poser d'autres questions liées aux informations livrées par les enquêtés.

Tenant compte de la nature de notre sujet d'enquête qui est « la qualité de vie chez les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale », nous laissons l'enquêté s'exprimer librement sur sa situation, car comme le précise DE LANDSHEERE (1976, p. 83), « .....cette méthode permet de mieux comprendre les motivations, les conflits, les attitudes des sujets, qui une fois mis en confiance, relèvent petit à petit leur anxiété, leurs frustrations, leurs sentiments, leurs espoir, leurs préjugés ».

Après avoir rassemblé les données à travers les entretiens, on a entamé ensuite la passation du questionnaire de qualité de vie MOS-SF36.

Le déroulement de l'entretien et la passation de questionnaire MOS-SF36 ont été effectués en langue maternelle du cas (la langue kabyle). Par contre, les cas qui ont un niveau d'instruction élevé, et maîtrisent la langue française, ont été effectués en langue française. Le questionnaire MOS-SF36 nous permettent de montrer le degré de la qualité de vie à chaque patient atteint d'une insuffisance rénale.

### **III.1.2 la méthode clinique**

La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste en l'étude plus ou moins prolongée de cas individuels, l'individu étant considéré comme le cadre de référence. Elle répond à l'objectif principal de la psychologie clinique, à savoir comprendre l'homme dans sa totalité, dans sa singularité, en situation et en évolution.

Dans notre recherche nous avons choisi une démarche clinique, car cette dernière utilise généralement l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, les questionnaires et l'observation pour développer l'étude de cas.

Pour Daniel Lagache (1949), la méthode clinique est « l'étude intensive des cas individuels ».

Elle consiste à « envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concert et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre des conflits » (C. BENONY H. 1999, P. 11)

### ✓ L'étude de cas

L'étude de cas est une méthodologie qui est employée pour étudier quelque chose de spécifique dans un phénomène complexe, fait partie des méthodes descriptives elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. Il existe dans la littérature de nombreuses définitions du terme de cas. Hamel (1997), de son côté montre que l'étude de cas consiste à rapporter un événement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe. En d'autres mots, il s'agit, de saisir comment un contexte donne acte à l'événement que l'on veut aborder » (p. 10), Hamel (1997) a bien souligné ces exigences. Il précise que par définition, l'étude de cas fait appel à diverses méthodes, que ce soit l'observation, l'entretien semi-directif ou des techniques d'analyse du contenu. La variété des méthodes utilisées s'inscrit dans le but de croiser les angles d'étude ou d'analyse (p. 103). Il est précisé un peu loin que les données recueillies peuvent ainsi se recouvrir et s'éclairer réciproquement pour mieux mettre en relief le cas ciblé

L'intérêt paradigmatique, heuristique et pédagogique de l'étude de cas a été amplement démontré par, entre autres, Widlocher (1990), Stiles (2004) et Chartier (2009). En replaçant l'étude de cas dans sa dimension historique, avec les recherches de Claude Bernard et de Sigmund Freud, ces auteurs font apparaître deux de ses dimensions essentielles : l'exemplarité et le paradoxe, apparent, de la preuve administrée à partir du cas unique. Il ressort des différents débats que le cas est indissociable du référentiel théorique qui l'a produit. Ainsi le cas, ne saurait préexister aux concepts qui ont participé intimement à sa construction et en conditionnement la saisie. Dans son prologue vers une clinique de l'étude de cas à partir de la casuistique psychanalytique, Chartier(2009) précise :

« Le but de toute étude de cas, comme celui des monographies freudiennes, n'est pas de rapporter des faits exacts, mais de chercher à illustrer l'expression de telle construction théorique (et je rajouterai, méthodologique) préalablement élaborée » (Silke Schauder.p.01-02)

L'étude de cas pour le psychologue est utilisée afin de comprendre une personne dans son propre univers, et ne permet d'être proche de l'événement, enfin, la procédure de l'étude de



cas consiste à rapporter une situation réelle prise dans son contexte, et l'analyse pour voir comment se manifeste et évolue les phénomènes auxquelles le chercheur s'intéresse (N.DURIEZ, M.LECLERE, C.MARION, N.MEUNIER, S.SCHAUDER, 2012, p20).

#### **III.1.4. la présentation du lieu de recherche**

Notre recherche a été effectuée au niveau de l'hôpital de France-Fano de Bejaia qui se trouve à la ville de Bejaia, dans le service de néphrologie, et le service hémodialyse, qui ont commencé leurs activités en 1981. Pour le service néphrologie il se compose d'une équipe de ; un professeur, quatre médecins généralistes, maître assistant Cinque, huit infirmier plus chef service, une psychologue. Pour l'autre service l'hémodialyse il se compose aussi de huit infirmier plus chef service, les médecins sont les même pour les deux services juste les infirmiers sont différents, et deux psychologue qui se trouve au sein de service d'hémodialyse.

##### **III.1.4.1. la population d'étude**

Notre population d'étude est constituée par des patients atteints d'une insuffisance rénale qui se trouvent au sein de l'hôpital de France-fanon de Bejaia, ce service a préparés tous les conditions pour prendre en charge les patients qui souffrant d'insuffisance rénale, la population d'étude on n'a choisir par rapport au thème afin de toucher tous les types de cette maladie rénale.

##### **III.1.4.2. la sélection de notre population d'étude**

Au sein de la population d'étude, nous avons consulté une population de 9 cas, à présenter dans notre recherche, on a gardé l'anonymat afin de sauvegarder la confidentialité en changeant leurs prénoms selon la déontologie de la recherche en psychologie clinique, en tenant compte des critères suivants :

##### **Les critères d'homogénéité retenus**

- . Tous les cas sont à l'âge adulte et leurs âges sont entre 31 et 69 ans.
- . Des personnes ayant une insuffisance rénale chronique et aigué
- . Des personnes hémodialysés

✓ **Les critères non pertinents pour la sélection :**

-La variable « sexe » n'est pas prise en considération car l'insuffisance rénale touche les deux sexes.

-Leur niveau socioculturel est dissemblable entre tous les cas ; car cette maladie peut toucher toutes les classes sociales.

-L'âge d'atteinte par cette maladie n'est pas été pris en considération lors du choix de notre population.

**Tableau récapitulatifs des cas étudiés**

Cas	Age	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	L'âge d'apparition de la maladie
Salma	55 ans	6eme AP	Femme au foyer	Mariée	46 ans
salim	32 ans	secondaire	Mécanicien	Célibataire	20 ans
Noura	43 ans	3eme AS	Arrêt de travail	Célébrité	16 ans
Nabila	31 ans	Licence	Femme au foyer	Mariée	31 ans
Mourad	32 ans	secondaire	Arrêt de travail	Célibataire	20 ans
Samir	69 ans	ingénieur	Retraite	Mariée	69 ans
Amine	47 ans	secondaire	Cuisinée	Mariée	37 ans
Majid	64 ans	6eme AP	Retraite	Mariée	64 ans
Karim	54 ans	6eme AP	Arrêt de travail	Mariée	41 ans

Ce tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés englobant ; l'âge, le niveau d'instruction, situation matrimoniale, l'âge d'apparition de la maladie d'insuffisance rénale.

### **III.5.les techniques utilisées :**

#### **III.5.1. L'entretien clinique :**

L'entretien clinique de la recherche est un outil à la fois de rechercher et de production d'information (A .blanchet, 1985. P. 64) elle permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'action passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeur et normes)

Une est Technique qui utilise le discours, Il estime, à juste titre, qu'aujourd'hui l'entretien est une technique à part entière, à la fois sur la méthode, sur l'analyse des résultats et sur les fondements théoriques.

#### **III.5.2. L'entretien directif**

Fortement structuré, il correspond à un ensemble de questions ouvertes. Il est uniformisé dans la forme et l'ordre des questions posées. L'individu doit se situer dans le cadre de référence déterminé par l'entretien (il doit obligatoirement répondre aux questions, ne peut s'en écarter). Les réponses sont peu développées. L'entretien directif exige une bonne connaissance du domaine étudié et de la population étudiée, de son langage et de ses systèmes de référence. En général cet entretien est pratiqué pour vérifier un problème déterminé, lors d'une enquête.

#### **III.5.3. L'entretien semi-directif :**

Se situe entre l'entretien directif et l'entretien non-directif. Il est ni totalement fermé, ni totalement ouvert.

Les thèmes à aborder sont fixés à l'avance. Mais l'ordre et la forme de présentation des thèmes sont libres. On procède en général à ce type d'entretien pour approfondir la connaissance d'un domaine ou vérifier l'évolution d'un phénomène connu.

C'est la forme qui est certainement la plus utilisée en recherche. Pour eux, le chercheur dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes à propos desquels il veut obtenir une information. Il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre prévu initialement. Il laisse venir le plus possible l'interviewé pour qu'il puisse parler selon une logique qui lui convient (Jean-Christophe Vilatte 2007 P.8)

Le chercheur dispos d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance, ce guide constitue un terme à partir de laquelle le sujet déroule son récit

### **III .6. Le guide d'entretien :**

#### **Les caractéristiques personnelles**

- Quel est votre âge ?
- Quel est niveau d'institution ?
- Travaillez-vous ? Quel est votre profession ?
- Quelle est votre situation familiale?
- Avez-vous des enfants? si oui, combien?
- Quelle est votre range de fratrie?

#### **Axe : les informations concernant l'état de sante antérieur et actuelle du sujet**

Cette partie c'est des questionnaires qui abord la sante antérieur du paient, (le facteur héréditaire, les malade durant l'enfance et leurs causes) et la sante actuelle du patient, (le début de l'atteinte, les causes et les complications de la maladie)

- Avez-vous souffert d'une maladie (atteinte) dans votre enfance ?
- Avez-vous d'autre maladie avant que vous soyez atteint du l'insuffisance rénale ?
- Avez-vous été hospitalisé à cause d'une autre maladie ?
- Avez-vous subie une intervention chirurgicale avant ?
- Ya -il d'autre personne de votre famille atteint de la même maladie ?
- Depuis quand vous être malade ?
- Quelles sont les causes qui ont provoqué votre état actuel?
- Quelles était votre réaction la première fois quand on vous a annoncé la maladie ?
- Quelles sont les complications et les maladies qui sont accompagné cette atteinte aujourd'hui?
- Combien de fois vous étiez hospitalisé à cause de cette atteinte?
- Quel votre traitement actuel? Et comment vivrez-vous ?
- Suivez-vous un régime alimentaire strict ?
- Avez-vous besoin d'autre personne de votre entourage pour accomplir vos taches quotidienne?

**Axe II : les informations concernant l'investissement de l'objet (relationnel)**

Cette partie des questions insistant sur la cote relationnelle et l'investissement d'objet chez la personne atteint l'insuffisance rénale notamment sur sa vie conjugale

- Comment vivrez-vous votre maladie au sein de votre vie conjugale et familiale?
- Est-ce que vous ressentez que vous êtes toujours désirable vis-à-vis votre conjoint?
- Comment sont-elles vos relations sociales ?
- Avez-vous des activités et passions que vous exercez?
- En ce moment comment envisagez vos avenir ?

**Axe III : les informations en relation avec la qualité de vie**

Cet ensemble des questions insistant sur le comportement du patient dans sa vie de tous les jours à savoir son bien-être physique et psychique, ses relations avec autrui, ses loisirs

- Appréciez-vous les choses de la vie ?
- Votre vie de tous les jours est-elle pleine de choses qui vous intéressent ?
- Avez-vous eu des chocs traumatisants physiques ou psychiques dans votre vie ?
- Vous sentez-vous stable ou instable ?
- Est-ce que dormez-vous facilement ? votre sommeil est-il profond?
- Pouvez-vous nous parler de vos relations sociales ?
- Pensez-vous que vous êtes utiles quand on a besoin de vous ?
- Est-ce que les tâches quotidiennes vous manquent?
- Voyant-vous vos amis comme avant?
- Comment voyez-vous votre avenir ?

**✓ questionnaire généralisé de la qualité de vie MOS-SF36**

Le SF-36 est un test international très utilisé et destiné à évaluer la qualité de vie. Il est basé notamment sur l'état de santé d'une personne afin de déterminer le rapport coût-efficacité d'une intervention médicale. Développé aux États-Unis dans les années 1980, ce questionnaire se compose de 36 questions relatives aux quatre dernières semaines écoulées. Les questions du SF-36 portent sur huit secteurs : l'activité physique, la vie et les relations avec autrui, les douleurs, la santé ressentie, la vitalité, les limitations dues au psychisme, celles dues à l'état physique et la santé mentale.

Le SF-36 est une mesure de l'état de santé et une variante abrégée, le SF-36, est couramment utilisé dans l'économie de la santé comme variable dans le calcul de l'année de vie ajusté en fonction de la qualité pour déterminer la rentabilité d'un traitement de santé. Le SF-36 original est sorti de l'étude Medical Outcome, Depuis lors, un groupe de chercheurs de l'étude originale a publié une version commerciale de SF-36 tandis que le SF-36 original est disponible en licence de domaine public.

Le questionnaire MOS- SF-36 est généralisée multidimensionnel, est produite dans le cadre du projet IQOLA (International Quality Of Life Assessment Project). Il est auto questionnaire et auto-administrées permettant de calculer un profil de qualité de vie liée à la santé. Les recherches sur la mesure de la qualité de vie se développent rapidement dans le monde médical.

Il comporte 36 questions qui explorent huit (8) domaines permettant une approche des deux composantes mentales et psychique de la sante, ces huit domaines sont les suivant :

- vitalité
- Fonctionnement physique(activités)
- Douleur corporelle(physique)
- Perceptions générales de la santé
- Fonctionnement du rôle physique
- Fonctionnement du rôle émotionnel(l'état psychique)
- Fonctionnement du rôle social(vie relationnel avec les autres)
- Santé psychique (santé mentale)

Chaque domaine (ou échelle) est explore par un nombre de question différent, les réponses à ces questions permettent d'établir un score par domaine, ce score est obtenu en plusieurs étapes

### **III.7.L'analyse des techniques utilisées :**

Pour chaque présentation d'un cas de notre population d'étude, on va procéder avec les étapes suivantes :

### III.7.1. L'analyse d'entretien clinique :

#### ❖ La sante physique :

- ✓ la sante antérieure et actuelle
- ✓ le début et la cause de maladie
- ✓ les complications de la maladie

#### ❖ L'investissement de l'objet :

- ✓ les évènements important de la vie de patient
- ✓ la qualité de vie relationnelle et professionnelle
- ✓ la vie sexuelle

#### ❖ La qualité de la vie :

- ✓ la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle
- ✓ la vie conjugale notamment sexuelle

### III.8.L'analyse de questionnaire généralisé de la qualité de vie :

#### ➤ calcul de score du questionnaireSF36

Les réponses chaque question donnant une valeur qui est codée entre 0 et 100, l'estimation subjective est basée sur l'échelle de likert, on pose les degrés de 1a3, de1a6 hiérarchiquement

L'appréciation de la qualité de vie jugée positive lorsque la valeur obtenue est supérieur de degré global de la qualité de vie, les estimations des valeurs se compte à travers

La transformation est appelée linéaire, et repose sur les formules suivantes :

- les dimensions 1, 2, 6, 8,9(h, e, d, e),11(cb) sont cote de 100.75.50.25.0.
- les dimensions 4(d, c, b, a) ,5(c, b, a),9(i, g, f, c, b) ,10 ,11(d, a)sont cote de 0.25.50.75.100.
- la dimension 3( j,i,h,g,f,e,d,c,b,a,) est cotée de 0.50.100.
- la dimension 7 sont cotes 100.80.60.40.20.0.

les score obtenus seront additionne, puis se divise sur nombre des questions de chaque dimensions pour l'appréciation de le qualité de vie effectuée par l'addition des degrés des

moyens des dimensions obtenue diviser par 8. L'estimation juge positive lorsque le degré est supérieur, par contre juge négative lorsque le degré est inférieur.

### **Conclusion**

Ce chapitre inclue la partie méthodologique qu'est très importante dans tout recherche scientifique, on a expliqué le déroulement de notre pré-enquête, précisé la méthode que n'a choisi l'étude de cas, la population d'étude et ses critères, Etles techniques utilises, l'analyses des données recueillies. Dans le but de vérifier nos hypothèses émises au début de la recherche afin de vérifie notre démarche clinique.



# *Chapitre IV*

*Présentation et analyses  
des résultats et discussions  
des hypothèses*

**Préambule :**

Dans ce chapitre nous allons faire la présentation et les analyses des données résultants, on note que la partie pratique qui englobe les résultats de notre recherche est une étape très importante dans l'étude scientifique, elle nous rapporte des informations afin de répondre à nos questions de départ et de pouvoir discuter nos hypothèses formulées à l'aide de la pré-enquête et la revue de la littérature.

Chaque cas reste un cas unique en singularité par rapport aux autres cas, donc l'étape de présentation et d'analyses des données recueillies est l'étape la plus importante dans notre recherche car elle permet d'analyser des entretiens et celle de la questionnaire généralisé SF-36 de la qualité de vie, afin de réaliser les objectifs de notre recherche.

**Présentation du premier cas Salma****I. L'analyse de l'entretien clinique**

Salma est une femme âgée de 55 ans, l'aînée d'une fratrie de dix enfants, quatre sœurs et cinq frères, elle est mariée depuis 37 ans, mère de cinq enfants dont deux garçons et trois filles. Son niveau d'instruction est primaire, elle n'a pas eu sa sixième. Elle est femme au foyer. Elle souffre de la maladie rénale chronique depuis 9 ans.

On a effectué deux entretiens avec Salma durant lesquels elle était souriante tout au long des séances.

**I-1-La santé physique de la patiente****➤ La santé antérieure et actuelle**

Salma a vécu une enfance et une adolescence indemne, aucune maladie, aucune complication, elle n'a jamais été hospitalisée, elle est la première dans sa famille à avoir cette maladie.

Aucun problème de santé n'a été remarqué chez Salma, jusqu'à l'âge de 30 ans ou elle souffre d'une tension, et de diabète, depuis neuf ans elle souffre d'une insuffisance rénale chronique, lorsque le médecin annonce à Salma qu'elle est atteinte d'une maladie rénale chronique, elle nous a dit « ogadgh, chokigh, beshkbleghlehlakiw », « J'ai peur, j'ai été choqué, mais j'ai accepté ma maladie telle que elle est ».

Elle été hospitalisé plusieurs fois, elle est sous traitement médical qu'elle supporte bien et elle suit un régime.

➤ **Le début et la cause de la maladie**

Au cours de l'entretien, Salma nous a avoué que la cause de sa maladie et la tentions, elle était heureuse avec son marie et ses enfants, elle nous a dit j'ai vraiment souhaité de faire des études, « temnighlokankragh », « mon seul rêve c'est de faire des études ».

✓ **Les complications de maladie**

En ce qui concerne les complications qui ont accompagnées cette atteinte, la patiente n'a rien soulevé.

**I.2-L'investissement de l'objet**

➤ **les événements importants dans la vie du patient**

Pour Salma, l'événement le plus important est le jour où elle s'est marie, elle a vécu une vie heureuse avec son mari, surtout lorsque elle a eu son premier enfant, c'est une grande joie pour elle et pour son mari.

➤ **La qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Salma est une femme sociable, elle a une bonne relation avec son conjoint, et de bonne relation avec sa famille ainsi que sa belle-famille, et ses amis, son entourage, sa maladie a influencé sa vie. En ce qui concerne les tâches quotidiennes, elle n'a pas besoin d'autres personnes que sa fille.

➤ **La vie sexuelle de la patiente**

La vie du couple est parfaite, y a des sentiments d'amour entre le couple d'après les dire de Salma. Sa maladie ne l'empêche pas de faire des rapports sexuels avec son marie, en contrer elle est très attaché à son mari, « tefgheghdorgaziwalbherntaitsyidnkihedrghe ns3day lwketyelha », « Je sors avec mon marie a la mer, pour nous détendre, lui il pêche et moi je lui parle, en passe des moments magnifique », elle est toujours attaché à son mari.

### I.3. La qualité de vie

#### ✓ La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle

La vie quotidienne de Salma est pleine de choses qui l'intéresse, passé des bonnes moments avec son mari et ses enfants, elle a un très bonne contacte avec sa famille, ses voisins, même avec ses anciens amis de son enfance.

#### ✓ La vie conjugale notamment sexuelle

D'après Salma, elle a toujours y a des rapports sexuels avec son mari, elle nous a dit qu'elle a un bon cantate avec son mari.

### I.4. L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36

Tableau 6 : montre le degré de la qualité de vie de Salma qui est atteinte d'une insuffisance rénale chronique

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV Globale
QDV	25	25	30	68	56,55	41,66	40	12,5	38,33
MOS SF36	70 ,61	52,92	70,83	78,77	70 ,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est distinguée à 38,33 en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est 64,30 elle est très bas, On a remarqué une estimation très bassedans la santé psychique (MH) qui est de 56,55< 70,38, la douleur physique (BP) qui est de 30> 70 ,83 , limitation due à l'état psychique (RE) qui est de 41,66< 65,78 , et la santé perçue (GH) qui est de 12,5<56,93. L'activité physique (PF) qui est de 25<70, 61, sans oublier les limitations dues à l'état physique (RP) 25< 52, 92, et pour la vitalité (VT) 40<52,15, et enfin la limitation dues a la relation avec les autres (SF) 68<78,77. D'après son score la patiente a une mauvaise qualité de vie (-).

**Résumé du cas**

Durant l'entretien avec Salma , on a remarqué qu'elle est une femme souriante toute au long de l'entretien , de bonne humeur, quant à la qualité de vie , on note que Zakia est une femme qui fait pas attention à sa santé physique et psychique, elle prend pas soin de sa santé elle suit pas son régime correctement , elle profite de passer des moments avec son mari, mais la maladie l'empêché de vivre sa vie, pour elle sa maladie est un obstacle, pour Salma la maladie a influence sa vie, la chose la plus importante pour elle est sa relation avec ses enfants et son mari. D'après les réponses de la patiente et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de 38,33 qui veut dire que Salma à une mauvaise qualité de vie.

**Présentation dudu deuxième cas Salim****II. L'analyse de l'entretien clinique**

Salim est un homme âgé de 32 ans, l'ainé d'une fratrie de deux enfants, il est célibataire, son niveau d'instruction est secondaire, il a travaillé comme mécanicien, il souffre d'insuffisance rénale chronique terminale, il fait trois séances d'hémodialyse par semaine depuis 12 ans.

On a effectué deux entretiens avec Salim durant lesquels il était triste tout au long des séances, il a montré un mauvais humeur.

**II.1. la santé physique de patient****➤ La santé antérieure et actuelle**

Salim a vécu une enfance bien, à partir de l'âge de 20 ans il souffre de la maladie rénale chronique, il été hospitalisée plusieurs fois, il est le premier dans la famille à avoir eu cette maladie, au début il n'a pas accepté d'être malade mais après il a terminé par accepter sa maladie, il fait 3 séance d'hémodialyse par semaine depuis 12 ans.

Aucun complication, ni maladie, n'ont accompagné cette atteinte, il est sous traitement médicale qu'il supporte mal, il refuse de suivre un régime. Il a été hospitalisé plusieurs fois.

**➤ Le début et la cause de la maladie**

Au cours de l'entretien , Salim nous a confirmé que la cause de sa maladie est la tension il nous a avoué qu'il été en conflit avec son père , il ne se sentait pas bien, même il a

quitté son domicile , « ozmirgharaadezrghvava , ni adhdreghyides, oyithibara », « je supporte pas de voir mon père, ni parler avec lui , il m'aime pas »,il nous a dit que lorsque il été enfant il veut jouer de football , mais ça maladie l'empêche, « nkinimachiamwyit, nkinioshaghara » « je suis pas comme les autres mon corps et très faible».

### ➤ **Les complications de la maladie**

En ce qui concerne les complications qui ont accompagnées cette atteinte, le patient n'a rien déclaré.

## **II. 2- l'investissement de l'objet**

### ➤ **Les évènements important dans la vie de patient**

Pour Salim, l'événement le plus important est le jour où il a découvre sa maladie, la première fois ou le médecin lui annonce qu'il est atteint d'une maladie rénale chronique, pour lui il n'arrive pas a oublié ça, tous ses projets et rêve son tomber à l'eau.

### ➤ **La qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Salim est un homme qui aime s'isoler, il n'a pas d'amis, d'après ses propos, il a une mauvaise relation avec sa famille,( son père) ,il a quitté la maison , il n'aime pas fréquentée les gens , il a coupée tout relation avec la société .sa maladie influencé sa vie , il exerce plus son métier , il ya dix ans de cela , en ce qui concerne les tâches quotidiennes , il n'a pas besoin d'autres personnes pour les accomplir, car il vie tout seule.

## **1I. 3- la qualité de vie**

### ➤ **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La vie quotidienne de salim est pauvre, il n'est pas content de sa vie, il n'a pas des projets, il a un mauvais contact avec sa famille, même ses collègues de travail, c'est un homme qui n'apprécie pas sa vie.

#### II.4. L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-63

Tableau 7 : montre le degré de la qualité de vie de Salim qui est atteinte d'une insuffisance rénale chronique

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	45	25	52,5	37,5	20	33,33	10	16,66	29,99
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est estimée à 29,99, elle est un peu plus bas par rapport à celle de score moyen référentiel de SF-36 qui est de 64,30. Une baisse bien exposée dans les huit dimensions. On a remarqué une estimation très basses, dans les dimension physique, l'activité physique (PF) qui est de 45<70,61, la douleur physique (BP) qui est de 52,5<70,83, on voit que dans la dimension, la vie et relation avec les autres (SF) qui est de 37,5<78,77, et l'état physique (RP) qui est de 25<52,92, et la santé psychique (MH) qui est de 20<70,38, et enfin la limitation due à la vitalité (VT) 10<52,15 la santé perçue (GH) qui est de 16,66<56,93, sans oublier limitation due à l'état psychique (RE) 33,33<65,78, ce qui peut expliquer que le patient a une mauvaise qualité de vie(-).

#### Résumé du cas

Durant l'entretien avec Salim, nous avons remarqué qu'il est un peu stressé, pour ce qui concerne la qualité de vie, on note que Salim n'apprécie pas vraiment sa vie, il fait pas attention à sa santé physique et psychique, il ne suit pas son traitement, et son régime, sa maladie a vraiment influencé sa vie, il est en conflit avec son père, d'après les réponses de patient et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de 29,99, ce qui signifie que Salim a une mauvaise qualité de vie.



## Présentation du troisième cas Nora

### III. L'analyse de l'entretien clinique

Nora est une femme âgée de 43 ans, la benjamine d'une fratrie de trois enfant, deux frères est une sœur, elle est célibataire, son niveau d'instruction est terminal, avant elle travaille dans une association des handicapés.

On a effectué deux entretiens avec Karima durant lesquels elle était triste, tout au long des séances.

#### III.1. La santé physique du patient

##### ➤ La santé antérieure et actuelle

Nora a vécu une enfance et une adolescence difficile, jusqu'à l'âge de 16 ans, elle est atteinte d'une maladie rénale chronique, d'ailleurs, elle est la seule dans sa famille d'avoir cette maladie.

A l'âge de 16 ans, Nora a découvert sa maladie, elle a été consultée par un médecin qui demandera à son père de lui faire des analyses, le médecin a confirmé son atteinte de la maladie rénale chronique, elle a refait d'autres analyses mais toujours les résultats c'est les mêmes, elle n'a rien dit, « nkilighmazaliyimeziygh, osingharadachouthlhelakayioytjinara, miydisfhemtbihlakiw khel3gh, ozmirgharaadshoughnharni », « pour moi j'ai été encore petite, je comprends pas ce qui veut dire d'avoir une maladie chronique, mais je me souviens bien lorsque le médecin m'a expliquée ma maladie, j'ai été choqué, je ne peux pas oublier ce jour-là », elle n'a pas accepté sa maladie, au début mais avec le temps elle a arrivé à l'accepter, elle a vraiment souffert surtout lorsque, elle fait les séances d'hémodialyse elle a peur des machines, mais avec le temps elle arrive à s'habituer. Aujourd'hui elle a 27 ans depuis qu'elle fait des séances d'hémodialyse.

Aucune complication, ni hospitalisation n'ont accompagné cette atteinte, elle est sous traitement médical qu'elle supporte bien et elle suit un régime.

##### ➤ Le début et la cause de la maladie

Au cours de l'entretien, Nora nous a dit que la cause de sa maladie est la tension, elle était en relation avec son camarade de classe, mais elle a décidé de lui quitter à cause de sa maladie, elle ne peut pas être en couple. C'est le seul avec qu'elle fréquente, après elle a raté

son Bac, elle a quitté le lycée, elle a fait une formation, depuis le bac elle n'a pas vu son camarade. «lokanohlikgharaizemrlhalntilakmazalaghlwahi », « C'est j'ai été pas malade peut-être que nous sommes aujourd'hui en relation »

➤ **Les complications de maladie**

En ce qui concerne les complications qui ont accompagnées cette atteinte, la patiente n'a rien soulevé.

➤ **Les événements importants dans la vie de la patiente**

Pour Nora, l'évènement le plus important est le jour où elle a commencé à travailler dans une association des handicapés, elle se sent utile, elle vient d'avoir des nouveaux amis, même elle oublie sa maladie, lorsque elle travail, « makhedmeghshoghkrihix », « lorsque je travaille j'oublié tous mes souffrances ».

➤ **La qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Nora est une femme sociable. D'après ses propos, elle a une bonne relation avec sa famille, surtout sa sœur, ses amis, ses voisins, elle a arrêté le travail. Sa maladie a vraiment influencé sa vie, en ce qui concerne les tâches quotidiennes, elle n'a pas besoin d'autres personnes pour les accomplir, car il y a sa sœur et sa mère qui fait tout.

**. III.3. La qualité de vie**

➤ **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La vie quotidienne de Nora est tellement pauvre, y a pas de changement, elle ne peut pas visiter la famille, faire de shopping, elle a un très bon contact avec sa famille, ses voisins même elle a gardé de bonne relation avec ses anciens collègues du travail, c'est une femme qui aime vivre sa vie, mais la maladie l'empêché, c'est un obstacle pour elle.

### III.3. l'analyse du questionnaire généraliste de qualité de vie MOS SF-36

Tableau 8 : montre le degré de la qualité de vie de Nora qui atteinte d'une insuffisance rénale chronique

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	20	25	20	50,66	40	33,33	22,55	12,5	28,00
MOS-SF63	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est estimée à 28,00, elle est vraiment très élevée en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est de 64,30. On a remarqué une estimation très basse dans toutes les dimensions qui suit par rapport au SF-36 : la douleur physique (BP) qui est de 20 < 70,83, la relation avec les autres (SF) est de 50,66 < 78,77, ainsi que la vitalité (VT), qui est de 22,25 < 52,15, et enfin la santé perçue (GH) qui est de 12,5 < 56,93, et limitation due à l'état psychique (RE) qui est de 33,33 < 65,78. L'activité physique (PF) qui est de 20 < 70,61, la santé psychique (MH) qui est de 40 < 70,38, et enfin la limitation dues à l'état physique (RP) 25 < 52,92, la moyenne en général 28,00. Ce qui peut expliquer que la patiente a une mauvaise qualité de vie (-), on juge que la qualité de vie est négative.

#### Résumé du cas

Durant l'entretien avec Nora, on a remarqué qu'elle est ée calme et stressé, tout au long de l'entretien, même ce qui concerne ses réponses elle ée attentif, quand à la qualité de vie, on note que Nora est une femme qui fait attention à sa santé physique et psychique, elle fait tous pour garder sa santé en bonne état, pour elle la maladie a vraiment influence sa vie, elle peut pas se déplacer rend visite à sa famille comme avant, elle a vraiment souffrir, elle est en bonne contacte avec sa famille.

D'après les réponses de la patiente et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de 28,00 qui veut dire que Nora a une mauvaise qualité de vie (-), le résultat obtenu est très loin de celle de SF-36, y a une grande distance 28 < 64,30, tellement la patiente elle souffre depuis 27 ans de cette maladie, elle a vraiment souffert dans sa vie.

## Présentation du quatrième cas Amine

### IV. L'analyse de l'entretien clinique

Amine est un homme âgé de 47 ans, le deuxième d'une fratrie de six enfants trois garçons et deux sœurs, il est marié depuis 20 ans et père de trois enfants dont deux garçons et une fille. Son niveau d'instruction est secondaire, il n'a pas eu son bém. Il était menuisier. Il souffre d'insuffisance rénale chronique.

On a effectué deux entretiens avec Amine durant lesquels il était souriant tout au long des séances, il a montré un bien-être, et une bonne humeur.

#### IV.1-la santé physique de patient

Amine a vécu une enfance très difficile, à l'âge de 9 ans il souffre de diabète, il a été hospitalisé plusieurs fois, ses héréditaires son père souffre aussi de diabète.

À l'âge de 37 ans, Amine il souffre d'une maladie rénale chronique, le médecin a confirmé son atteinte de l'insuffisance rénale chronique, il est été sous choc « mligh l3mriw 9 sninkmasigh l3thab, omb3d s3igh lhlakitninoytgarasdawahachamamothe gh os3ighara ljehd », « à l'âge de 9 ans sa a commencé ma souffrance, et aussi j'ai une autre maladie chronique je n'ai pas trop d'énergie ».

Aucune complication, ni maladie n'ont accompagné cette atteinte, mais plusieurs hospitalisations, il est sous traitement médical qu'il supporte bien et il suit un régime.

#### ➤ Le début et la cause de la maladie

Au cours de l'entretien, Amine, nous a dit qu'il a vraiment souffert depuis son enfance de diabète, « nkimachi kifkif amwyitltwafen », « je ne suis pas comme les autres enfants », lorsque il parle il est vraiment triste, pour lui le diabète la cause de sa maladie.

#### ➤ Les complications de la maladie

En ce qui concerne les complications qui ont accompagnées cette atteinte, le patient n'a rien soulevé.

## **IV.2- l'investissement de l'objet**

### **➤ Les événements importants dans la vie de patient**

Pour Amine, l'évènement le plus important est le jour où il a fondé une famille, pour lui sa femme lui vraiment aidée, physiquement et moralement, elle l'encourage.

### **➤ La qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Amine est un homme sociable, il a une bonne relation avec sa famille, sa belle-famille ainsi que ses amis, et ses collègues de travail, sa maladie n'a pas trop influencé sa vie il exerce le travail d'un cuisinier, c'est un homme qui envisage de acheter une terre pour construire une maison.

### **➤ La vie sexuelle de patient**

La vie de couple se déroule bien, il est en bon contact avec sa femme, pour lui son épouse c'est la seule personne qui lui comprend bien ses souffrances, « dntath kan iydikhdemnlkorag », « c'est la seule personne qui me donne du courage ».

## **IV.3. la qualité de vie**

### **➤ la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La vie quotidienne de Amine il l'apprécie, il profite des bons moments avec sa famille, il a un très bon contact avec sa famille, ses voisins ainsi que ses anciens collègues de travail, c'est un homme qui dans beaucoup d'importances a sa famille, ses enfants, et sa femme.

### **➤ la vie conjugale notamment sexuelle**

La vie conjugale et sexuelle est vraiment bien, toujours le couple en bonne relation, le couple partage des rapports entre eux.

#### IV.4-l'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36

Tableau 9 : montre le degré de la qualité de vie d'Amine qui est atteinte d'une insuffisance rénale chronique

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	30	35,66	41,55	56,99	50	41,66	43,66	40	42,44
MOSSF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est distinguée à 42,44 elle est très bas en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est de 64,30. On a remarqué une basses dans les huit dimensions , l'activité physique (PF) qui est de 30<70,61, l'état physique (RE) qui est de 41,66<65,78, la douleur physique (BP) qui est de 41,55<70,83, et pour la relation avec les autres (SF) est de 56,99<78,77, la santé psychique (MH) qui est de 50<70,38, , et enfin la limitation due à la vitalité (VT) est de 43,66<52,15, et la santé perçue (GH) qui est de 40<56,93, et la moyen en générale 42,44 . Ce qui peut expliquer que la qualité de vie est mauvaise.

#### Résumé du cas

Durant l'entretien avec Amine, on a déduit qu'il est triste tout en langue de l'entretien, calme. Quant à la qualité de vie de Amine, on note qu'il est un homme qui fait pas attention à sa santé physique et psychique, il ne suit pas son régime alimentaire, il abonde sa santé, sa maladie a vraiment influence sa vie. D'après les réponses de patient et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de 41,44 qui est loin de celle de score moyen de SF-36 qui est de 64,30, donc on juge que la qualité de vie est mauvaise.

#### Présentation de cinquième cas de Samir

#### V. -l'analyse de l'entretien clinique

Samir est âgé de 69 ans, d'une famille riche, l'ainé dans sa famille d'une fratrie d'une trois enfants, un garçon et deux sœurs, il est marié depuis 40 ans et père de quatre

enfants dont trois filles et un garçon. Son niveau d'instruction est ingénieur d'état, il est retraiter, il a laissé son entreprise à son fils, il souffre d'insuffisance rénale aigue organique.

On a effectué deux entretiens avec Samir durant lesquels tout au long des séances, il a montré un bien-être, et une bonne humeur, en a effectué l'entretien avec la langue française.

### **V.1la santé physique de patient**

#### **➤ la santé antérieure et actuelle**

Samir a vécu une enfance et une adolescence indemne, aucune maladie, aucune complication, il n'a jamais été hospitalisé

Aucun problème de santé n'a été remarqué chez Samir, jusqu'à l'âge de 55 ans où il a été hospitalisé dans le coma pendant 15 jours pour la première fois, et pour la deuxième fois à l'âge de 69 ans pendant quatre jours dans le coma, il souffre d'une tension depuis 15 ans, il était hospitalisé dans le service néphrologie, il souffre d'insuffisance rénale aigue, il a montré avec courage, il n'a pas peur « j'ai été déjà dans le coma mais je suis encore vivant si l'essentielle pour moi ».

Il est sous traitement médicale, il a fait 5 séances d'hémodialyse, et il suit un régime.

#### **➤ le début et la cause de la maladie**

Au cours de l'entretien, Samir nous a dit qu'il était hospitalisé dans le coma il souffre d'une tension qui la crée une vessie, après celle-là lui cause la maladie rénale aigue.

Samir nous a avoué que c'est héréditaire, ses parents et presque toute sa famille morte à cause de la vessie, il a vécu une vie heureuse avec ses enfants et sa femme.

#### **➤ Les complications de la maladie**

En ce qui concerne les complications qui accompagnées cette atteinte, le patient n'a rien soulevé.

## **V.2-l'investissement de l'objet**

### **➤ Les événements importants dans la vie de la patiente**

Pour Samir presque toute sa vie est pleine d'évènement importants, il a vraiment profité de sa vie avec sa famille, il a voyagé un peu par tous la France, l'Espagne, la Türk, avec ses enfants et sa femme, pour lui l'argent c'est de voyager, partager des bons moments avec ce qui on aime.

### **➤ la qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Samir est un homme sociable, d'après ses propos et celle de son épouse , il a des bonne relation avec sa famille, son entourage ses amis , il est retraité , la maladie rénale n'a pas influencé sa vie, il a d'autres projet dans sa vie , il a un boncontact avec ses filles, et son fils , il envisage d'aller en France pour des vacances avec sa famille , et pour faire des soin là-bas.

### **➤ la vie sexuelle de patient**

La vie du couple se déroule bien, il a donné à sa femme tout ce que une femme rêvé, de l'amour, des voyage, toujours le couple ils sont en relation il partage des sentiments l'un pour l'autre.

## **V.3- la qualité de vie**

### **➤ La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La vie quotidienne de Samir est pleine de choses qui l'intéressent, il a un très bon contact avec sa famille, ses anciens collègues de travail, il programme des voyages, il profite chaque jour de sa vie.

### **➤ La vie conjugale notamment sexuelle**

La vie conjugale et sexuelle de couple sa déroule bien, ils sont toujours en relation, y a des sentiments qu'ils s'échangent entre eux.

## **V.4.l'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36**

Tableau 5 montre le degré de la qualité de vie de Samir qui est atteints d'une insuffisance rénale aigue



Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	50	50	65	75,5	60	55	49,99	51	57,06
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est distinguée et évaluée à 57,06, elle est un peu élevée en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est de 64,30. Une évaluation bien exposée dans les huit dimensions. On a remarqué une estimation très élevée dans Cinq dimensions qui suit par rapport au SF-36 : la douleur physique (BP) qui est de 65<70,83 , la vie et relation avec les autres (SF) est de 75,5<78,77, ainsi que la santé psychique (MH) , qui est de 60<70,38, et l'état psychique (RP) (50) qui est proche de celle du SF-36 (52,92) , la vitalité (VT) , qui est de 49,99<52,15, et enfin la santé perçue (GH) qui est de 51<56,93, l'activité physique (PF) qui est de 55<70,61, la moyen en général est 57,06,. Ce qui expliquer que le patient a une mauvaise qualité de vie (-).

### Résumé du cas

Durant l'entretien avec Samir on a déduit qu'il est un homme bien cultivée, sourient et calme tout en longue de l'entretien. Quand la qualité de vie de Samir, on a remarqué que c'est un homme qui fait attention à sa santé physique et psychique, il voyage beaucoup avec sa famille, pour lui la chose la plus importante c'est sa famille, et sa santé, il profit de vivre sa vie, c'est un bonne vivant. La maladie a influencé un peu la vie Samir. D'après les réponses de patient et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de 57,06 qui signifie que Majid à une mauvaise qualité (-).

### Présentation de sixième cas de Mourad

#### V.I. L'analyse de l'entretien clinique

Mourad est un homme âge de 32 ans célibataire, sans emploi et son niveau d'instruction est secondaire, c'est le deuxième de fratrie de quatre Frères

Mourad est très calme et coopératif pendant tout au long de l'entretien, il a découvert sa maladie de l'insuffisance rénale chronique à l'âge de 20ans. On a effectué notre entretien avec la langue kabyle.

### **VI.1.la sante physique de la patiente**

#### **➤ la sante antérieur et actuelle**

Mourad n'a pas des antécédents, ni un traitement médicale particulier, il vécu une enfance saine, aucun problème de sante jusqu'à l'âge de 20ans suit a des manifestations de certain symptômes (hypertension artérielle, fatigue, nausée, vomissement)

Suite à des analyse sanguine et urinaire, le néphrologue ont révèle son atteint de L'insuffisance rénale chronique, il a été hospitalisé en urgence pendant plus d'une semaine pour l'insuffisance rénale chronique, il ne croyait pas et n'arrive pas a accepté sa maladie « ogadgh kll3gh, gomaghadamnghblihelkgh », « j'ai choqe » et « j'ai peur » il ajoute « je refuse de croire que je suis malade ».

Au début il avait des difficultés d'adaptation à sa maladie surtout au traitement par le dialyse trois séances par semaine, petite à petit Hakim a réussi d'accepter sa maladie et de savoir comment l'équilibrer.

#### **➤ le début et la cause de la maladie**

Mourad atteint sa maladie d'insuffisance rénale chronique depuis 2006 a l'âge, de 20ans suit a des manifestations de certain symptômes (hypertension artérielle, fatigue, nausée, vomissement)

#### **➤ les complications de la maladie**

En ce qui concerne les complications qui ont accompagnées cette atteinte, la patiente n'a rien soulevé

### **VI.2.l'investissement de l'objet**

#### **➤ l'évènement important dans la vie de la patiente**

L'évènement le plus important est le jour où il a découvert sa maladie, la première fois ou le médecin lui annonce qu'il est atteint une maladie rénale chronique.

➤ **la qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Mourad est un homme sans employé, sa famille s'occupe de lui depuis longtemps, en ce concerne les tâches quotidiennes il a besoin d'une personne pour l'aider, Mourad a une bonne relation avec sa famille et son entourage et voisins qui lui apporte de soutien

➤ **la vie conjugale et notamment sexuelle**

Mourad est homme célibataire, mais il aime de marie et de faire une petite famille et avoir de enfants, c'est son rêve qu'il aime de réalisera un jour.

### VI.3l'analyse du questionnaire généralise de la qualité de vie

Tableau 1 montre le degré de la qualité de vie de Mourad qui atteint d'insuffisance rénale chronique

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV Globale
QDV	29	29	29	59	50	39,66	39	13,5	40,97
MOS SF36	70 ,61	52,92	70,83	78,77	70 ,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est distinguée à 40,97 en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est 64,30 elle est très bas , On a remarqué une estimation très baisser dans la santé psychique (MH) qui est de 50< 70,38, la douleur physique (BP) qui est de 29> 70 ,83 , limitation due à l'état psychique (RE) qui est de 39,66< 65,78 , et la santé perçue (GH) qui est de 13,5<56,93. L'activité physique (PF) qui est de 29<70, 61, sans oublier les limitations dues à l'état physique (RP) 29< 52, 92, et pour la vitalité (VT) 39<52,15, et enfin la limitation dues à la relation avec les autres (SF) 59<78,77. On juge que la patient a une mauvaise qualité de vie (-).

#### Résumé du cas

Durant l'entretien avec de Hakim nous avons remarqué qu'il est un peu stresser Quand a sa qualité de vie, on a noté, le manque des activités physiques telles que les taches

quotidienne, influe sur sa santé psychique D'après les réponses de Hakim et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de 40,97 qui signifie que à une mauvaise qualité de vie (-)

### **Présentation de septième cas de Nabila**

#### **VI. L'analyse de l'entretien clinique**

Nabila est une femme âgée de 31ans la troisième d'une fratrie de quatre enfants deux filles et deux garçon, elle est mariée depuis 4ans et mère de deux garçons, son niveau d'instruction est supérieur (licence en sociologie)

On a effectué trois entretiens avec Nabila durant lesquels elle s'est montrée coopérative et souriante tout au long des séances mais elle n'était pas dynamique, on a effectué notre entretien avec la langue française.

#### **VII.1. la santé physique de la patiente**

##### **➤ la santé antérieure et actuelle**

Nabila a vécu une enfance et adolescence très indemne aucune maladie aucune complication, elle n'a jamais été hospitalisée d'ailleurs c'est la première dans la famille avoir cette maladie,

Aucun problème de santé n'a été remarqué chez Nabila jusqu'à la deuxième grossesse ou une opération césarienne à cause des complications de tension artérielle dans le huitième mois cette dernière provoque une insuffisance rénale aiguë chez Chahinaze, elle a subi une intervention chirurgicale à TharagOuzmour après elle a été hospitalisée au service néphrologie à France fanon pour la thérapie des reins pendant 15jours.

Aucune complication, ni maladie ni hospitalisation n'ont accompagné cette atteinte, elle est sous traitement médical qu'elle supporte bien et elle suit un régime alimentaire sévère

##### **➤ le début et la cause de la maladie**

Au cours de l'entretien, Nabila nous a avoué qu'elle était choquée de la mort de sa grande sœur à cause d'une erreur médicale, Nabila attribue l'insuffisance rénale aiguë suite à son accouchement à cause de la tension artérielle au début de son huitième mois de deuxième grossesse.

➤ **les complications de la maladie**

En ce qui concerne les complications qui ont accompagnées cette atteinte, la patiente n'a rien soulevé

**VII.2.l'investissement de l'objet**

➤ **l'évènement important dans la vie de la patiente**

Pour Nabila l'évènement le plus touchant dans sa vie c'est la mort de sa sœur à cause d'une erreur médicale c'est un évènement noir dans sa vie qu'elle n'a jamais oublié et elle n'a pas accepté la mort de sa sœur.

➤ **la qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Nabila est une femme sociable, bonne vivante d'après ses propos, elle a une bonne relation avec sa famille, et sa belle-famille ainsi que son entourage et surtout avec son mari elle dit « mon mari c'est un homme très gentil et généreux il m'aime beaucoup »

Elle a travaillé comme enseignante remplaçante durant deux ans puis elle s'est arrêtée de chercher de travail, elle préfère de rester à la maison et de prendre soin de son enfant

➤ **la vie sexuelle de la patiente**

Pour la vie de couple est très bien, elle n'a aucun problème avec son mari et ainsi la vie sexuelle est très bien.

**VI .3. La qualité de vie**

➤ **la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La vie quotidienne de Nabila est pleine de choses qui s'intéressent à vivre le plaisir d'être une maman pour la deuxième fois, elle a un très bon contact avec sa famille et avec sa belle famille, ses voisins, Nabila est une bonne vivante.

➤ **la vie conjugale notamment sexuelle**

La vie conjugale surtout sexuelle est vraiment très bien.

#### VI.4.l'analyse du questionnaire généralise de la qualité de vie MOS SF-36

Tableau 1 montre le degré de la qualité de vie de Nabilaqui atteint d'insuffisance rénaleaiguë

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV Globale
QDV	58	50	54	70	56,55	50,66	44	51,5	54,33
MOS SF36	70 ,61	52,92	70,83	78,77	70 ,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est distinguée à 54,33 en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est 64,30 elle est très bas , On a remarqué une estimation très baisser dans la santé psychique (MH) qui est de 56,55< 70,38, la douleur physique (BP) qui est de 54> 70 ,83 , limitation due à l'état psychique (RE) qui est de 50,66< 65,78 , et la santé perçue (GH) qui est de 51,5<56,93. L'activité physique (PF) qui est de 58<70, 61, sans oublier les limitations dues à l'état physique (RP) 50< 52,92, et pour la vitalité (VT) 44<52,15, et enfin la limitation dues à la relation avec les autres (SF) 70 <78,77. On juge que le patient a une mauvaise qualité de vie positive

#### Résumé du cas

Durant l'entretien avec Nabila, on à remarquer qu'elle est une femme sourient tout ou long de l'entretien, de bonne humeur, quant à la qualité de vie, on note que Nabilaest une femme qui fait attention à sa santé physique et psychique, elle prendsoin de sa santé Suit son régime correctement,

Pour Nabilala maladie n'a pas vraiment influence sa vie, ainsi que sa relation avec son marie. D'après les réponses de la patiente et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de 54,33 qui veut dire que Nabila à une mauvaise qualité de vie (-).

## **Présentation de huitième cas de Majid**

### **VII. L'analyse de l'entretien clinique**

#### **VII.1.la sante physique de la patiente**

Majid c'est un homme immigré de 64 ans marié et père de six enfants deux garçons et quatre filles il vit avec sa famille c'est le deuxième d'une fratrie de quatre enfants un frère et deux sœurs, son niveau d'instruction moyen, il travaille comme un mécanicien industriel en France

Durant l'entretien Majid bien participé à l'entretien, on remarque chez lui la volonté et l'envie de parler à un psychologue il est très coopératif avec nous, on a effectué l'entretien avec la langue française.

##### **➤ la sante antérieure et actuelle**

Majid, il vit en France depuis son adolescence, il a été hospitalisé pour trois jours suite à une intervention chirurgicale dentaire

Aucun problème de santé n'a été signalé chez Majid jusqu'à l'âge de 58 ans où il a eu des bilans d'urine et sanguins les résultats affirment que le problème est dans les reins.

Il avait consulté plusieurs néphrologues dans le but d'avoir une guérison, il a été hospitalisé pendant une semaine pour l'insuffisance rénale aiguë avec un obstacle.

##### **➤ le début et la cause de la maladie**

La maladie de Majid d'insuffisance rénale aiguë a débuté depuis l'année 2011 suite à des douleurs et fatigue ça fait longtemps, enflure des pieds.

##### **➤ les complications de la maladie**

En ce qui concerne les complications qui ont accompagné cette atteinte, le patient n'a rien soulevé.

## VII.2.L'investissement de l'objet

### ➤ l'évènement important dans la vie de la patiente

Hospitalise pendant trois jours dans un cas grave à cause d'une erreur d'une intervention chirurgicale dentaire à cause de cette dernière il détresse jusqu'à maintenant les hôpitaux. Il n'arrive pas toujours a oublié cette évènement dans ca vie.

### ➤ la qualité de vie relationnelle et professionnelle

Majid reste loin de la vie sociale malgré qu'il est une personne dynamique, il a une bonne relation avec sa famille, et ses enfants.

Sa maladie n'a pas été trop influencé sa vie surtout ce qui concerne les taches quotidienne, il n'a pas besoin d'autres personnes pour les accomplir, « orohxajgharahed ayi3awen, adekhdemghlcheghalathiwimaniw », « je veux faire mes affaire seul, comme je voulu moi »il ne demande pas l'aide, il fait ses activité seul.

## VII.3. L'analyse du questionnaire généralise de la qualité de vie MOS SF-36

Tableau 1 montre le degré de la qualité de vie de Majid qui atteint d'insuffisance rénale aigu

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	51	50	55	72	69	55	45	50,5	55,93
MOS SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est distinguée à 55,75 en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est 64,30 elle est très bas , On a remarqué une estimation très baisser dans la santé psychique (MH) qui est de 54,55< 70,38, la douleur physique (BP) qui est de 55 > 70,83 , limitation due à l'état psychique (RE) qui est de 55,66< 65,78 , et la santé perçue (GH) qui est de 50,5<56,93. L'activité physique (PF) qui est de 51,33<70, 61, sans oublier les limitations dues à l'état physique (RP) 50< 52, 92, et pour la vitalité (VT)



45<52,15, et enfin la limitation dues à la relation avec les autres (SF) 72 <78,77. On juge que le patient a une mauvaise qualité de vie.

### **Résumé du cas**

Durant l'entretien avec Majid, on a remarqué qu'il est triste et calme tout en longue de l'entretien. Quand à la qualité de vie de Majid, on note qu'il est un homme qui fait attention à sa santé physique et psychique, il suit son régime alimentaire, sa maladie a vraiment influence sa vie sur le côté psychique. D'après les réponses de patient et la cotation des résultats obtenus, est arrivé à un résultat de 55,93 qui est loin de celle de score moyen de SF-36 qui est de 64,30, donc on juge que la qualité de vie est mauvaise.

### **Présentation de neuvième cas Karim**

#### **VII. L'analyse d'entretien clinique**

Karim est un homme âgé de 54 ans, de deuxième d'une fratrie de six enfants trois sœurs et deux garçons. Il est marié depuis vingt-sept ans, exerce le métier d'un agent d'une usine industrielle, son niveau d'instruction moyen (5ème année primaire), père de quatre enfants trois filles et un garçon.

Karim n'est pas coopératif vraiment avec nous, il accepte de parler avec nous par curiosité, nous avons effectué un entretien avec lui durant lequel il a montré un mal à l'aise au début de la séance. Il est le seul membre malade de sa famille.

#### **IX.1. La santé physique du patient**

##### **➤ la santé antérieure et actuelle**

Karim a vécu une enfance et adolescence saine, jusqu'à l'âge de 16 ans où il a été hospitalisé pour quatre jours suite à une intervention chirurgicale d'appendicite

Aucun problème de santé n'a été signalé chez Karim, jusqu'à l'âge de 41 ans, où il a été hospitalisé pour l'insuffisance rénale chronique,

Karim avait de mal accepter sa maladie malgré il suit bien son régime alimentaire et ses médicaments mais pour son traitement par la machine (dialyse) qui constitue pour lui un vrai choc, il ne voulut pas faire les séances de dialyse selon lui ce traitement est très lourd et douloureux

➤ **le début et la cause de la maladie**

Karim, il souffre de l'insuffisance rénale chronique depuis l'année 2005, à l'âge de 41 ans suite à une hypertension très élevée.

➤ **les complications de la maladie**

En ce qui concerne les complications qui ont accompagnées cette atteinte, la patiente n'a rien soulevé

## **IX.2. l'investissement de l'objet**

➤ **l'évènement important dans la vie de la patiente**

Pour Karim le décès de ses parents depuis cet événement, Mouloud très triste et dégoûté, désespère comme si la vie vient de stopper.

➤ **la qualité de vie relationnelle et professionnelle**

Karim pas vraiment sociable, il n'a pas beaucoup d'amis, calame, il n'est pas dynamique, il aime rester seul la plupart du temps, même avec sa famille mais il a de bonnes relations avec tout le monde. Il a travaillé comme agent d'usine industriel mais à cause de sa maladie il ne travaille plus actuellement.

➤ **la vie conjugale du patient**

La vie conjugale et sexuelle de couple se déroule agréablement, ils sont toujours en relation, y a des sentiments qu'ils s'échangent entre eux.

➤ **la qualité de vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La vie quotidienne de Karim, il l'apprécie, il profite des bons moments avec sa famille, il a un très bon contact avec sa famille, ses voisins, c'est un homme qui dans beaucoup d'importances a sa famille, et surtout à ses enfants.

### IX.3. l'analyse du questionnaire généralise de la qualité de vie MOS SF-36

Tableau 1 montre le degré de la qualité de vie de Karim qui est atteint d'insuffisance rénale chronique

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	27	27,54	25	66	56,55	42,66	43	12,87	37,57
MOS SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est de 37,57 en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est 64,30 elle est très bas , On a remarqué une estimation très baisser dans la santé psychique (MH) qui est de 56,55 < 70,38, la douleur physique (BP) qui est de 25 > 70,83 , limitation due à l'état psychique (RE) qui est de 42,66 < 65,78 , et la santé perçue (GH) qui est de 12,87 < 56,93. L'activité physique (PF) qui est de 27 < 70,61, sans oublier les limitations dues à l'état physique (RP) 27,54 < 52,92, et pour la vitalité (VT) 43 < 52,15, et enfin la limitation dues à la relation avec les autres (SF) 66 < 78,77. On juge que le patient a une mauvaise qualité de vie

#### Résumé du cas

Durant l'entretien avec Karim, nous avons remarqué qu'il est un peu dégouter , pour ce que concerne la qualité de vie , on note que moulood il apprise pas vraiment sa vie, et qui fait pas attention à sa santé physique et psychique , il abondons son traitement , et son régime , sa maladie a vraiment influence sa vie , d'après les réponses de patient et la cotation des résultats obtenus , on est arrivé à un résultat de 37,57 qui signifie que Karim à une mauvaise qualité de vie (-).

## Discussion des hypothèses

Notre travail de recherche consiste à savoir s'il existe un changement familial et social et physique et psychique chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale

On a effectué notre étude de recherche sur un groupe de neuf patients, de sexes différents, âge de 30 ans à 69 ans qu'on a sélectionnés dans l'entretien et l'échelle MOS SF-36 dans les deux services néphrologie et hémodialyse dans l'hôpital France fanon.

On a confirmé nos hypothèses, d'après les réponses de notre population de recherche à cette échelle, ainsi que notre entretien, par la présence des changements au niveau physique, physique, sociale et familiale avec des degrés différents chez nos cas.

## Synthèse

Effectivement Nos hypothèses sont confirmées, dont la quasi-totalité des cas, ils présentent des changements familiaux et sociaux et physique et psychique qui peut être léger ou sévères, mais les résultats de notre population d'étude, ne représentent pas la population mère de tous les malades atteints de cette maladie

### Un tableau récapitulatif de la population d'étude après l'analyse

Cas	Niveau de qualité de vie
Salma	38,33 % (-)
salim	29,99 % (-)
Noura	28 % (-)
Amine	42,44 % (-)
Samir	57,06% (-)
Mourad	54,33(-)
Nabila	40,97(-)
Majid	55,93(-)
Karim	37,57(-)

Nos hypothèses à propos de la qualité de vie chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale sont réfutables cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statique et non absolue qui représente simplement notre population d'étude qui n'est pas la population mère.

## *Conclusion générale*

## Conclusion générale

---

L'insuffisance rénale est un problème de santé publique au niveau mondial. Dans les pays développés, cette affection survient essentiellement chez les sujets âgés, mais en Afrique, elle s'installe plutôt chez les sujets jeunes actifs.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « la qualité de vie chez les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale », on a tenté de démontrer le changement que peut percevoir cette maladie, et mesurer la qualité de la vie des patients, pour cela nous avons choisi la méthode clinique qui développe essentiellement l'histoire du sujet, elle est une interface entre des pratiques et des connaissances diversifiées qui prennent en compte les différents aspects de l'individu.

Dans notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique, et nous avons appliqué le questionnaire SF-36 de la qualité de vie, afin de mesurer la qualité de vie, enfin notre but de l'utilisation de ses outils d'investigation et la confirmation de nos hypothèse. Et aussi de décrire et mesuré la qualité de vie, et les changements que peut provoquer cette maladie chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale.

Pour notre population d'étude on n'a affaire à des patients leur âge moyen était de 31-32 ans jusqu'à 66ans, le principal antécédent était l'hypertension.

Cette étude nous a donné la chance d'approfondir dans notre thème de recherche, aussi de savoir que la qualité de vie joue un rôle très importance pour les personnes qui souffrent d'une maladie chronique, le malade a besoin d'un soutien familial pour l'encourager, pour qu'il suit son traitement, surtout les séances d'hémodialyse, même les amis jouer aussi un rôle dans la vie de malade, la prise en charge psychologique et médicale et très importante pour le patient, puisque cette maladie elle touche les deux coter physique et psychique dont ils ont besoin.

Cette recherche nous a permis d'arriver à certain résultat qui reste réfutables puisque notre population d'étude ne représente pas la marguerite, juste notre échantillon.

. La qualité de vie chez les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale, défère d'un patient à l'autre.

. La maladie d'insuffisance rénale provoque des changements les milieux de vie des patients, (familial, social, physique et psychique).

## Conclusion générale

---

Enfin, nous avons beaucoup appris par l'apprentissage, elle nous a donné occasion de découvrir le lieu de travail, ainsi une chance de pratique dans notre domaine qui est la psychologie, d'après cette recherche, ça reste une bonne expérience pour nous, on a vraiment profité pour trouver des réponses à nos questions. Ainsi, elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de santé publique en niveau mondial la maladie d'insuffisance rénale.

Pour conclure, cette étude qui peut permettre à d'autres étudiants d'effectuer des études concernant au même sujet plus profond, et mettre l'accent sur d'autres maladie plus graves et leurs influences sur le psychique des maladies.

Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherché, par nos camarades étudiants, qui sont comme suit :

Quelle est l'état psychique chez les personnes attient d'une insuffisance rénale ?

Comment traiter les personnes qui souffrant d'insuffisance rénale chronique terminal ?

## *La liste bibliographique*



## La liste bibliographique

---

### La liste bibliographique :

#### LES LIVRES :

- 1) ALAIN MEYRIER & COLL, LES AUTRES AUTEURS F. MIGNON, C. MICHEL & B. VIRON (1993). « **MALADIE RENALE DE L'ADULTE** », PARIS. ÉDITIONS ELLIPSES,
- 2) N.DURIEZ, M.LECLERE, C.MARION, N.MEUNIER S.SCHAUDER, (2012), « **L'ETUDE DE CAS EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE** », EDITION DUNOD, PARIS.
- 3) HERVE BENONY, KHADIJA CHAHRAOUI, (2013) « **L'ENTRETIEN CLINIQUE** », NOUVELLE PRESENTATION, PARIS, EDITION DUNOD
- 4) BRNO MOULLIN, ET MARIE- NOELLE PER ALDI,(2016) « **NEPHROLOGIE** » EDITION ELSEEVIER, MASSON
- 5) M.BENABADJI, (2005), « **LA MALADIE RENALES PREFACE** », EDITION, BENI MESSEUSE ALGER.
- 6) FUMED, (2016), « **LA MALADIE RENALE DU L'ADULTE** », EDITION 6.
- 7) DOMINIQUE JOLY, (2008), « **NEPHROLOGIE** », EDITIONS VERNZOBRES-GREGO.
- 8) M. MARIE- NOELLE PERALDI , (2007), « **NEPHROLOGIE** », EDITION MARKETINGS, PARIS.
- 9) D. TALBI (1998) « **URGENCE MEDICALE DE L'ADULTE** » ,EDITION, REIMPRESSON ALGER

#### LES DICTIONNAIRES

- 10) LE DICTIONNAIRE MEDICAL
- 11) LE DICTIONNAIRE PSYCHOLOGIQUE

#### LES FICHIERS PDF :

- 12) S. SCHAUDER, (2012), « **L'ETUDE DE CAS EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE 4 APPROCHE THEORIQUE** », PARIS, EDITION DUNOD,
- 13) D. JACK, (2001) « **LA METHODE DU CAS EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET EN PSYCHOPATHOLOGIE** », PARIS, EDITION DUNOD
- 14) P.JEAN, (2008), « **LA QUALITE DE VIE ET PARTICIPATION SOCIALE** », UNIVERSITE DU QUEBEC

## La liste bibliographique

---

- 15) P.PASANDRINE, (2003) « **QUALITE DE VIE, CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET REALISATION D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES CHEZ LES FEMMES TRAITEES OU NON PAR THS** ». UNIVERSITE PARIS XII
- 16) B. STEPHANIE, (2005), « **DETERMINANTS DE LA QUALITE DE VIE LIEE A LA SANTE ET DE SON EVOLUTION DANS UNE POPULATION A PRIORI SAIN** », POINCARE, NANCY 1
- 17) ELINE MERCIER ET JOCELYNE FILION, (2017) « **LA QUALITE DE LA VIE : PERSPECTIVES THEORIQUES ET EMPIRIQUES** » SANTE MENTALE AU QUEBEC,
- 18) CHRISTINE ROTONDA, (2011) « **QUALITE DE VIE ET FATIGUE EN CANCEROLOGIE CANCER COLORECTAL ET CANCER DU SEIN** » UNIVERSITE DE NANCY
- 19) DESTRIBOIS MALORY, (2012), « **AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE CHEZ LES PATIENTS TETRAPLEGIQUE C5** »
- 20) ALAIN LEPLÈGE, « **MESURE DE LA SANTE PERCEPTUELLE ET DE LA QUALITE DE VIE : METHODES ET APPLICATIONS** », PARIS, ESTEM, 2001, 333 P

### LES SITES INTERNET:

- 21) WWW ;GOOGLE .COM
- 22) [WWW.WIKIPEDIA.COM](http://WWW.WIKIPEDIA.COM)

## **Le guide d'entretien :**

### **Les caractéristiques personnelles**

- Quel est votre âge ?
- Quel est niveau d'institution ?
- Travaillez-vous ? Quel est votre profession ?
- Quelle est votre situation familiale?
- Avez-vous des enfants? si oui, combien?
- Quelle est votre range de fratrie?

### **Axe : les informations concernant l'état de sante antérieur et actuelle du sujet**

Cette partie c'est des questionnaires qui abord la sante antérieur du paient, (le facteur héréditaire, les malade durant l'enfance et leurs causes) et la sante actuelle du patient, (le début de l'atteinte, les causes et les complications de la maladie)

- Avez-vous souffert d'une maladie (atteinte) dans votre enfance ?
- Avez-vous d'autre maladie avant que vous soyez atteint du l'insuffisance rénale ?
- Avez-vous été hospitalisé à cause d'une autre maladie ?
- Avez-vous subie une intervention chirurgicale avant ?
- Ya -il d'autre personne de votre famille atteint de la même maladie ?
- Depuis quand vous être malade ?
- Quelles sont les causes qui ont provoqué votre état actuel?
- Quelles était votre réaction la première fois quand on vous a annoncé la maladie ?
- Quelles sont les complications et les maladies qui sont accompagné cette atteinte aujourd'hui?
- Combien de fois vous étiez hospitalisé à cause de cette atteinte?
- Quel votre traitement actuel? Et comment vivrez-vous ?
- Suivez-vous un régime alimentaire strict ?
- Avez-vous besoin d'autre personne de votre entourage pour accomplir vos taches quotidienne?

## **Axe II : les informations concernant l'investissement de l'objet (relationnel)**

Cette partie des questions insistant sur la cote relationnelle et l'investissement d'objet chez la personne atteint l'insuffisance rénale notamment sur sa vie conjugale

- Comment vivez-vous votre maladie au sein de votre vie conjugale et familiale?
- Est-ce que vous ressentez que vous êtes toujours désirable vis-à-vis votre conjoint?
- Comment sont-elles vos relations sociales ?
- Avez-vous des activités et passions que vous exercez?
- En ce moment comment envisagez vous votre avenir ?

## **Axe III : les informations en relation avec la qualité de vie**

Cet ensemble des questions insistant sur le comportement du patient dans sa vie de tous les jours à savoir son bien-être physique et psychique, ses relations avec autrui, ses loisirs

- Appréciez-vous les choses de la vie ?
- Votre vie de tous les jours est-elle pleine de choses qui vous intéressent ?
- Avez-vous eu des chocs traumatisants physiques ou psychiques dans votre vie ?
- Vous sentez-vous stable ou instable ?
- Est-ce que dormez-vous facilement ? votre sommeil est-il profond?
- Pouvez-vous nous parler de vos relations sociales ?
- Pensez-vous que vous êtes utiles quand on a besoin de vous ?
- Est-ce que les tâches quotidiennes vous manquent?
- Voyant-vous vos amis comme avant?
- Comment voyez-vous votre avenir ?